

Sabine Lakota

**Das Unfassbare überwinden**

**Schriftenreihe der  
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales  
der Fachhochschule Hannover**

**17**

Die Schriftenreihe der Fakultät Diakonie, Gesundheit und Soziales  
der Fachhochschule Hannover erschien bis Bd. 13 unter dem Titel  
Schriftenreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover

**Sabine Lakota**

# **Das Unfassbare überwinden**

**Copingstrategien traumatisierter Menschen  
am Beispiel des sexuellen Missbrauchs**

Blumhardt Verlag Hannover

### **Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2008 Blumhardt Verlag

Fachhochschule Hannover

Blumhardtstraße 2

D-30625 Hannover

Telefon: +49 (511) 9296-3237

Fax: +49 (511) 9296-3165

E-mail: [blumhardt-verlag@fh-hannover.de](mailto:blumhardt-verlag@fh-hannover.de)

<http://www.blumhardt-verlag.de>

Alle Rechte beim Verlag

Druck: Gruner Druck GmbH, Erlangen

ISBN 978-3-932011-74-0

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
2	Einführung in die Psychotraumatologie .....	9
2.1	Historischer Abriss der Traumaforschung.....	10
2.2	Verlauf einer Traumatisierung .....	13
2.2.1	Typisierung von Traumata .....	14
2.2.2	Traumatisierende Situation .....	15
2.3	Traumatische Reaktion und traumatischer Prozess .....	20
2.4	Folgen von Traumatisierungen.....	24
2.4.1	Psychische Traumafolgen.....	26
2.4.2	Soziale Traumafolgen .....	29
2.5	Zusammenfassung.....	31
3	Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch .....	32
3.1	Historische Dimension des sexuellen Missbrauchs .....	33
3.2	Ursachen sexueller Gewalt .....	36
3.3	Täter und Opfer des sexuellen Missbrauchs.....	38
3.4	Dynamik des sexuellen Missbrauchs.....	41
3.5	Folgen des sexuellen Missbrauchs.....	44
3.6	Zusammenfassung.....	47
4	Bewältigung von Traumatisierungen .....	49
4.1	Resilienz und Salutogenese.....	50
4.2	Stress und Coping.....	55
4.3	Bewältigungsprozesse.....	57
4.4	Coping bei sexuellem Missbrauch .....	59
4.5	Zusammenfassung.....	61
5	Copingstrategien von betroffenen Frauen.....	63
5.1	Francesca .....	64
5.2	Ruth.....	71
5.3	Simone.....	74
5.4	Esther.....	77
5.5	Babara.....	80
5.6	Auswertende Zusammenfassung.....	83

6	Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen.....	86
6.1	Abgrenzung Therapie – Sozialarbeit.....	87
6.1.1	Traumatherapeutische Ansätze .....	88
6.1.2	Sozialarbeiterische Ansätze .....	90
6.2	Krisenintervention.....	92
6.2.1	Grundprinzipien einer Krisenintervention .....	93
6.2.2	Maßnahmen während der Krisenintervention .....	94
6.3	Empowerment .....	98
6.3.1	Ressourcendiagnostik .....	98
6.3.2	Biograficarbeit.....	101
6.4	Grenzen der Belastbarkeit.....	102
6.5	Zusammenfassung.....	103
7	Resümee .....	105
8	Literaturverzeichnis.....	107
9	Anhang .....	118
9.1	Polizeiliche Kriminalstatistik.....	118
9.2	Interviewunterlagen.....	121
9.2.1	Einwilligungserklärung .....	121
9.2.2	Interviewleitfaden.....	122
9.2.3	Datenherhebungsbogen .....	123

# 1 Einleitung

Traumatisierte Menschen begegnen uns professionellen Helfern beinahe täglich. Allerdings ist die Traumatisierung meist nicht offensichtlich, sondern versteckt sich hinter diversen Problemen, wegen derer ein Klient mit uns Kontakt aufnimmt. Das hat oft zur Folge, dass ein traumatisierter Mensch nicht adäquat begleitet wird, da die eigentliche Ursache des Problems keine Beachtung findet. Zudem gilt noch die weit verbreitete Überzeugung, dass ein Trauma und dessen Auswirkungen eine Ausnahmeerscheinungen darstellen. In unserer Gesellschaft sind Traumatisierungen allerdings eine häufige Erscheinung, angefangen bei den alten Menschen, die den Zweiten Weltkrieg erlebt haben, oder Personen, die von den letzten großen Hochwassern oder anderen Katastrophen betroffen waren, aber auch an Autounfällen oder Zugunglücken Beteiligte und nicht zu vergessen die unzähligen Kinder und Jugendlichen, die täglich sexueller Gewalt zum Opfer fallen. Wenn zum Beispiel die Medien von Kindesmisshandlung berichten, ist das Entsetzen in der Gesellschaft groß. Das Augenmerk wird auf die Schrecklichkeit der Tat und den Täter gerichtet. Auf das Opfer achtet kaum jemand. Das mag vielleicht daran liegen, dass eine Begleitung von traumatisierten Menschen ein langwieriger und schwieriger Prozess ist, der von den Helfern viel Anstrengung, Geduld und Empathie verlangt. Außerdem werden Themen berührt, die so schrecklich sind, dass sie die Vorstellungskraft eines nicht-traumatisierten Menschen übersteigen und eventuell auch überfordern.

Die Betroffenen brauchen Hilfe. Bis heute ist es so, dass sie diese oft nicht bekommen. Das Sprichwort „die Zeit heilt alle Wunden“ trifft hierbei nicht zu. Eine Traumatisierung kann jahrelang verdrängt werden und „schlummert“ in einem Menschen, bis sie bei einem bestimmten Ereignis wieder aufwacht. Ein Betroffener, der mitten im Leben steht und sein Leben lebt, wird plötzlich mit seiner Vergangenheit konfrontiert und muss versuchen einen Weg der Bewältigung zu finden, um mit seinem Trauma leben zu können. Für den Bewältigungsprozess braucht er professionelle Hilfe und Unterstützung. Oft sind es Sozialarbeiter, die mit traumatisierten Menschen in Erstkontakt kommen und entsprechend mit ihnen umgehen müssen. Sie können mit solchen Klienten in jedem Bereich der Sozialen Arbeit konfrontiert werden, weswegen diesem Thema hier eine besondere Bedeutung zukommt.

In der nachfolgenden Arbeit geht es vor allem um Frauen, die durch einen männlichen Täter bedingten sexuellen Missbrauch eine Traumatisierung erlebt haben, diesen teilweise bis ins Erwachsenenalter verdrängten und erst dann ihren bewussten Bewältigungsprozess begannen. Sexueller Missbrauch ist eine sehr häufige und nicht zu unterschätzende Ursache einer Traumatisierung und deren Lang-

zeitfolgen. Etwa 50% der Betroffenen entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung. In Deutschland wird davon ausgegangen, dass etwa jedes vierte bis fünfte Mädchen und jeder zwölfte bis vierzehnte Junge sexuell missbraucht werden (vgl. Deegener 1998, S. 34, Hausmann 2006, S. 73). Zudem trifft es hierbei besonders häufig zu, dass über diese Ereignisse nicht gesprochen und sie verdrängt wurden, sie später im Erwachsenenalter wieder aufleben und aufgearbeitet werden müssen. Eine ehemalige Klientin, die sexuelle Gewalt in der frühen Kindheit, im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter erleben musste, beschrieb ihre Traumatisierung und ihren Bewältigungsprozess folgendermaßen: „Es ist so, als wenn du in einer Glasglocke sitzt und versuchst heraus zukommen, aber du findest den Ausgang nicht und wenn du den Ausgang gefunden hast, ist dahinter ein riesiges Gebirge, das du erst noch überwinden musst und du bist immer alleine unterwegs“. Damit dieses Klientel nicht alleine „unterwegs“ sein muss und somit angemessene professionelle Hilfe, Unterstützung und Begleitung bekommt, ist die Auseinandersetzung mit diesem Thema sehr wichtig. In der folgenden Arbeit möchte ich klären, wie eine Traumatisierung entsteht, welche Auswirkungen und Folgen sie hat und warum der sexuelle Missbrauch eine sehr tiefgehende seelische Verletzung hervorruft. Zudem werde ich mich mit den Bewältigungsmöglichkeiten auseinandersetzen, die ein traumatisierter Mensch entwickelt um zu „überleben“, und wie die Soziale Arbeit im Bewältigungsprozess unterstützend eingreifen kann. In dieser Arbeit kommen auch Betroffene zu Wort. Fünf Frauen haben sich für Interviews zur Verfügung gestellt und berichten eindrücklich von ihrer Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch und ihrem Bewältigungsprozess. Für ihre Bereitschaft und Offenheit möchte ich mich bei Francesca, Ruth, Simone, Esther und Babara sehr herzlich bedanken.

Im folgenden Kapitel dieser Arbeit gehe ich auf die allgemeine Psychotraumatologie ein. Inhaltlich wird es, nach einem historischen Abriss, um die Entstehung und den Verlauf von Traumata und die Folgen für die betroffenen Menschen gehen. Im weiteren Kapitel beschäftige ich mich mit der speziellen Psychotraumatologie des sexuellen Missbrauchs. Um die Bewältigung und Copingstrategien von traumatisierten Menschen wird im anschließenden Abschnitt dieser Arbeit berichtet. Darauf folgt eine Auswertung von Interviews mit fünf Frauen, die in ihrer Kindheit und im Jugendalter sexuelle Missbrauchserfahrungen erlitten haben und über ihre individuellen Bewältigungsstrategien berichten. Anschließend erfolgt die Ausarbeitung über die Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit während der Traumabewältigung sowie die Abgrenzung bzw. die Unterschiede zur Therapie.

Die Namen der interviewten Frauen wurden verändert. Personenbezogene Ausdrücke beziehen sich im Allgemeinen auf beide Geschlechter.



## 2 Einführung in die Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie hat sich in den letzten Jahren als eigenständiges Forschungs- und Praxisfeld etabliert. Dieses interdisziplinäre Fachgebiet beschäftigt sich mit der Erforschung der Auswirkung von psychischer Traumata auf die unmittelbare und langzeitliche Entstehung und den Verlauf von Krankheiten, psychischen und psychosomatischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten und deren Behandlungsmöglichkeiten. Der Begriff „Psychotraumatologie“ war eine zufällige Wortneuschöpfung, die sich durch die Vorsilbe „Psycho“ bewusst von der chirurgischen Traumatologie, der Lehre der Wundbehandlung, abgrenzen sollte (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 15, 372). Die Lehre der psychischen Traumafolgen ist ein Forschungs- und Praxisfeld. „Forschung und Theoriebildung geben den praktischen Interventionen ihr wissenschaftliches Fundament, während die Erfahrungen der praktischen Hilfe der Forschung neue Anregungen und Impulse verleihen“ (Hausmann 2006, S. 16). Der Bereich der Theorie und Forschung der Psychotraumatologie beschreibt die Reaktion auf eine seelische Verletzung und klassifiziert die daraus resultierenden posttraumatischen Reaktionen, Symptome und Störungen. In der „International Classification of Diseases“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation und im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung wurden die Folgen einer Traumatisierung offiziell festgehalten. (vgl. Bosshard et al. 2001, S. 27-29, Rollett 2002, S. 718). Das Forschungsbiet der Psychotraumatologie beschäftigt sich zudem mit der Epidemiologie und Ätiologie, also der Häufigkeit und Ursachen von Traumata und der daraus entstehenden posttraumatischen Folgen. Ein weiteres wichtiges Arbeitsgebiet ist die Erforschung der Schutz- und Risikofaktoren, die eine Entwicklung von Traumafolgestörungen und der Traumatisierungsgefahr begünstigen bzw. verhindern. Des Weiteren werden die Methoden und Interventionen der Praxis auf ihre Wirksamkeit evaluiert und diese weiter ausdifferenziert (vgl. Hausmann 2006, S. 16f). Der Praxisbereich der Psychotraumatologie richtet sich zu einem an die direkt Betroffenen von Traumata. Hierbei handelt es sich um die einsetzende Akuthilfe direkt oder wenige Stunden nach dem traumatischen Ereignis, der darauf folgenden psychologischen Stabilisierung, der eventuellen Traumatherapie und der anschließenden psychosozialen Rehabilitation und Reintegration der traumatisierten Person in das soziale Umfeld, wie beispielsweise Wiedereingliederung in die Berufswelt. Die andere Seite der Praxis betrifft Einsatzkräfte und Helfer, die an traumatischen Situationen teilnehmen und somit für die Entwicklung von eigenen Traumata sehr gefährdet sind. Die Personen aus dem Rettungsdienst, der Feuerwehr, der Polizei oder Soldaten usw. werden durch Schulungen und Fortbildungen auf die psychische Belastung vorbereitet, um bei solchen traumapotenziellen Ereignissen effektiv eingreifen und eine Traumatisierung eventuell vermeiden zu können.

nen. Die Pflege der eigenen Psychohygiene ist ein wichtiger Punkt, um die Handlungsfähigkeit und -kompetenz aufrechtzuerhalten und ein Burnout zu vermeiden (vgl. ebd., S. 17f). In unserer Zeit hat das Bewusstsein über traumatische Ereignisse und ihre Folgen in manchen Bereichen der Wissenschaft, Forschung, Medizin, Therapie, psychosozialen Beratung usw. einen hohen Stellenwert, allerdings brauchte es lange, bis sich diese Erkenntnisse durchgesetzt haben. Die Entstehung der Psychotraumatologie wurde vor allem von der Traumaforschung ausgelöst, die eine sehr abwechslungsreiche Geschichte in Fort- und Rückschritten erlebt hat.

## **2.1 Historischer Abriss der Traumaforschung**

Traumatische Erfahrungen und deren psychische Auswirkungen gehören seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte zum menschlichen Dasein dazu. Allerdings beschäftigt sich die Wissenschaft erst seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit der Erforschung von psychischen Traumata (vgl. Fischer, Riedesser 2003, S. 33, Hausmann 2006, S. 11, Smolenski 2006, S. 7). Die Geschichte der Traumaforschung ist geprägt von Zeiten intensiver Forschungstätigkeiten und von „Phasen der Amnesie“ (Herman 2003, S. 17). Dies bedeutet unter anderem, dass wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse wieder in Vergessenheit geraten sind und später wieder neu erarbeitet werden mussten. Das lag nicht am mangelnden Interesse der Wissenschaftler, sondern eher daran, dass die Traumaforschung grundlegende Glaubensfragen aufwarf. Daraus entstanden starke Kontroversen und als Konsequenz wurden strittige Thesen tabuisiert und neu gewonnene Erkenntnisse „vergessen“ (vgl. ebd., S.17-20).

Auslösende Ereignisse zur Traumaforschung waren verschiedene politische Ereignisse sowie medizinische, psychologische und technische Fortschritte. Beispielsweise kam es durch die Einführung der Eisenbahn häufiger zu Unfällen, wodurch betroffene Menschen das so genannte „railroad spine syndrome“ entwickelten. Allerdings wurden hierbei organische und keine psychischen Ursachen angenommen (vgl. Hausmann 2006, S. 11, Smolenski 2006, S. 7). Neben dem „railroad spine syndrome“ drangen in den letzten einhundert Jahren weitere Formen von psychischen Traumata in das Blickfeld des öffentlichen Bewusstseins. Zum Beispiel die „Hysterie“ bei Frauen, der „Granatenschock“ bei Soldaten und auch die sexuelle und innerfamiliäre Gewalt in Familien (vgl. Herman 2003, S. 20).

Das Krankheitsbild der „Hysterie“ wurde bereits im alten Ägypten und in Griechenland beschrieben. Die Erforschung dieser psychischen Störung erlangte in den letzten zwanzig Jahren des 19. Jahrhunderts ihren Höhepunkt. Hysterie ist die Ableitung von dem griechischen Wort „hystera“ für Gebärmutter, da die

Annahme der Ursache dieser Krankheit eine im Körper wandernde Gebärmutter war (vgl. Schaps 1992, S. 18f). Hysterie wurde somit als organisch bedingte frauentypische Krankheit bezeichnet. Zudem ging die Wissenschaft davon aus, dass die erkrankten Frauen Simulantinnen sind. Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot erforschte an der Pariser Nervenklinik La Salpêtrière diese Erscheinung und bewies, dass bei der Hysterie eine psychische Ursache vorliegt, da die Symptome auch durch Hypnose hervorgerufen werden können (vgl. Herman 2003, S. 22). Charcots Theorien wurden von zwei Hospitanten – Pierre Janet und Sigmund Freud – weiterentwickelt. Anders als Charcot, der sich nur auf die äußerliche Symptomatik, wie Krampfanfälle, Amnesien, motorische Lähmungen usw. konzentrierte, widmeten sich Janet und Freud dem Innenleben der „Hysterikerinnen“. Beide Wissenschaftler begannen mit den betroffenen Frauen zu sprechen, anstatt nur die äußere Symptomatik zu beobachten. Sie fanden heraus, dass die Hysterie von einem psychischen Trauma verursacht wird. Pierre Janet prägte während seiner Forschungen den Begriff der „Dissoziation“. Seiner Auffassung nach werden die Erinnerungen an das Trauma vom überforderten Bewusstsein abgespalten und in das Unterbewusstsein verschoben. Zu einem späteren Zeitpunkt kommen die Erinnerungen wieder zurück. Allerdings bleibt das Erlebte oft unaussprechbar und äußert sich in verschiedenen Bildern, körperlichen und psychischen Formen, beispielsweise in Angstreaktionen, motorischen Lähmungserscheinungen oder im extremen Fall in der Ausbildung von Teilpersönlichkeiten. Zur Behandlung von Traumata setzte Janet auf die „psychologische Analyse“ (Herman 2003, S. 24), eine Rekonstruktion der Vergangenheit, um die unbewussten Erinnerungen in das Bewusstsein zu integrieren (vgl. van der Kolk/Weisaeth/van der Hart 2000, S. 76f, Fischer, Riedesser 2003, S. 34-36, Herman 2003, S. 23f, Hausmann 2006, S. 12, Smolenski 2006, S. 10). Sigmund Freud kam mit seinem Kollegen Josef Breuer unabhängig von Pierre Janet in Wien zu ähnlichen Ergebnissen. Freud sprach von einem doppelten Bewusstsein anstatt einer Dissoziation. Für ihn gab es neben der unbewussten Abspaltung, um das Bewusstsein vor einer Überforderung zu schützen, auch eine bewusste Verdrängung. Dieser Abwehrmechanismus hat den Zweck, das Erlebte aktiv vom Bewusstsein fern zu halten, weil die „Integration die Persönlichkeit mit unangenehmen oder gar unerträglichen Affekten überlasten würde“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 36).

Wie Pierre Janet kamen Freud und Breuer auf die Behandlungsmethode der „Abreaktion“ oder „Katharsis-Theorie“. Ausschlaggebend dafür war die von Josef Breuer zuvor behandelte Patientin Bertha Pappenheim, besser bekannt unter dem Pseudonym „Anna O.“ Durch intensive Gespräche, wo ihre Vergangenheit rekonstruiert wurde, stellte sich ein sexueller Missbrauch als Ursache für ihre „Hysterie“ heraus. Durch diese Methode konnten ihre Symptome etwas abgemildert werden. Anna O. bezeichnete diese Behandlung als „talking cure“, woraus sich die Psychoanalyse entwickelte. Die Erforschung der Hysterie, bedingt

durch eine Traumatisierung, kam wenige Zeit später zum Stillstand, da Freud die These aufstellte, dass Hysterie durch sexuellen Missbrauch ausgelöst wird. Da diese Behauptung auf keine Resonanz traf, nahm Freud diese wegen negativen sozialen und beruflichen Folgen zurück und entwickelte die Theorie des Ödipuskomplexes. Die Forschungsergebnisse der Hysterie gerieten in „Vergessenheit“ (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 37, Herman 2003, S. 24-27, Smolenski 2006, S. 9). Nach dem ersten Weltkrieg drang ein neues psychisches Trauma in das öffentliche Bewusstsein. Die Psychiatrie wurde mit jungen Kriegsveteranen konfrontiert, die ähnliche Verhaltensweisen wie hysterische Frauen zeigten. Die psychischen Auswirkungen der Traumatisierung durch den Krieg, wurden oftmals als Simulation oder Feigheit bewertet. Jedoch begannen einzelne Militärpsychiatern die unter dem „Granatenschock“ leidenden Soldaten psychologisch zu behandeln, was teilweise zur Verbesserung der Symptomatik führte. Jedoch verlor die Wissenschaft bald wieder das Interesse an der genauen Erforschung der Kriegstraumata, welche die Veteranen erlitten haben. Die Männer, die noch unter psychischen Auffälligkeiten litten, galten in der Öffentlichkeit als „peinlich“ und wurden in Hospitäler abgeschoben (vgl. Herman 2003, S. 34f, 38, Smolenski 2006, S. 11). Die Erforschung der Auswirkungen und Behandlung von Traumata ist während des zweiten Weltkrieges wieder aufgegriffen worden. Durch den Psychoanalytiker Abram Kardiner und weitere Wissenschaftler entwickelten sich unter anderem die ersten Prinzipien und Ansätze einer Krisenintervention. Das „traumatische Syndrom“ wurde ausformuliert und es verbreitete sich die Annahme, dass psychische Verletzungen zum Krieg gehörten wie die physischen Wunden der Soldaten (vgl. van der Kolk/Weisaeth/van der Hart 2000, S. 81, Herman 2003, S. 40f, Hausmann 2006, S. 13). Weitere Fortschritte der Psychotraumatologie waren durch die Behandlung der Holocaust-Opfer zu verzeichnen, wo sich auch verschiedenste Konzepte wie die Salutogenese von Aaron Antonovsky entwickelten.

Entscheidend für die Traumaforschung war der Vietnamkrieg. Die Forscher wurden sich der Wichtigkeit einer Nachbetreuung nach traumatischen Situationen bewusst und es fundierten sich verschiedenste Therapie- und Behandlungsmethoden. Die Anerkennung und die Aufnahme der „Posttraumatischen Belastungsstörungen“ im Jahr 1980 in die gängigen Diagnosemanuale „stellt einen Meilenstein in der Psychotraumatologie dar“ (Hausmann 2006, S. 14, vgl. Smolenski 2006, S. 14f).

In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelte sich die Erforschung von Traumata der zivilen Gesellschaft. „Burgess und Holmstrom wiesen auch darauf hin, daß Vergewaltigungsopfer Symptome zeigten, die man bereits an Kriegsveteranen beobachtet hatte“ (Herman 2003, S. 49). Das Schicksal vieler Frauen und Kinder, die sexuelle Gewalt erfahren haben, geriet durch das Engagement der Frauenbewegung immer mehr in den Blickpunkt der Forschung und der Öffent-

lichkeit. Der Missbrauch wurde als „Realtrauma“ anerkannt, das gravierende Folgen und Auswirkungen für das weitere Leben hat. Somit bestätigte sich fast 100 Jahre später die These, die Sigmund Freud bereits 1896 aufgestellt hatte (vgl. ebd., S. 50).

Die Forschungen der Psychotraumatologie gehen bis zum heutigen Tag weiter, allein schon bedingt durch die verschiedensten Katastrophen, die sich immer wieder ereignen. Zu nennen sind beispielsweise das Zugunglück von Eschede 1998, der Tsunami in Thailand 2004, die Terroranschläge in New York, London und Madrid, aber auch die täglichen Schicksale, die Kinder, Frauen und Männer durch verschiedenste Formen der Gewalt erleben. Diese unterschiedlichen Traumatisierungen sind von der Situation her sehr verschieden, aber ähneln sich dennoch in ihrer Entwicklung, in ihren Auswirkungen und Folgen.

## **2.2 Verlauf einer Traumatisierung**

„Eine Traumatisierung ist für mich ein Erlebnis, was so einschneidend ist [...], dass es mein Leben danach verändert und es mir unmöglich macht, mein Leben so fortzuführen, wie ich es vor dem Erlebnis erlebt habe“ (Ruth, S. 1, Zeile 9-11). Im Laufe ihres Lebens erleben 30 bis 60% der Menschen (vgl. Huber 2005, S. 67) verschiedene unvorhersehbare bedrohliche Ereignisse, beispielsweise Naturkatastrophen, Unfälle, die Konfrontation mit dem Tod oder verschiedene Arten von Gewalttaten. Diese Begebenheiten erfordern von den Betroffenen eine hohe seelische Belastungs- und Verarbeitungsfähigkeit. Wenn ein Ereignis für einen Menschen so überwältigend ist, dass er hilflos gemacht wird und seine „normalen Anpassungsstrategien“ (Herman 2003, S. 53) überfordert, so kann ein Trauma entstehen. Trauma heißt „Wunde“ und kann als seelische Verletzung definiert werden. Nach der ICD-10 ist ein Trauma „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ und nach DSM-IV „ein Ereignis, das den tatsächlichen oder drohenden Tod, eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderen beinhaltet. Die Reaktion umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen“ (Schmidt 2004, S. 231). Eine seelische oder auch körperliche Konfrontation mit dem Tod, das daraus resultierende Gefühl des Überwältigtseins vor dem unerträglichen Ereignis, wogegen der Betroffene nicht ankämpfen oder fliehen kann und daraufhin das traumatische Ereignis in sein Traumagedächtnis abspaltet, ist charakteristisch für eine Traumatisierung. Ein Trauma kann menschlich (man-made) verursacht werden, wie zum Beispiel durch körperliche oder sexuelle Gewalt, andererseits kann es auch durch die Natur (natural-made) entstehen, ausgelöst von Katastrophen, wie Tsunami, Erbeben, Lawinen, Hochwasser usw.; aber auch

Unfälle und Unglücke, wie Zugunfälle gehören dazu (vgl. Maercker 1997, S. 5f, Schmidt 2004, S. 232, Huber 2005, S. 67).

Ob der Betroffene das Trauma bewältigt oder Langzeitfolgen entwickelt, hängt von dem traumatischen Ereignis, dem sozialen Umfeld, der individuellen Verletzlichkeit und Widerstandsfähigkeit eines Menschen ab. Ein psychisches Trauma ist somit eine tiefgehende seelische Verletzung und lässt sich als „*vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt*“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 82), bezeichnen. Fischer und Riedesser schlagen ein in drei Phasen unterteiltes Modell zum Verlauf einer psychischen Traumatisierung vor: Traumatische Situation – Traumatische Reaktion – Traumatischer Prozess. In der ersten Phase ist der Mensch unmittelbar der traumatisierenden Situation ausgesetzt, der er seine subjektive Bedeutung zuschreibt. Die „normalen“ und angemessenen Bewältigungsmöglichkeiten einer extremen Situation sind nicht mehr gegeben. Durch diese äußeren Umstände werden bei den Betroffenen intrapsychische Vorgänge ausgelöst. Die traumatische Reaktion meint den Zeitraum nach der Traumatisierung. Der Betroffene versucht das Erlebte abzuwehren bzw. zu bewältigen, allerdings werden oft Bruchstücke des Traumas wieder erlebt. Im darauf folgenden traumatischen Prozess, versucht der traumatisierte Mensch in einem meist lebenslangen Prozess das Trauma zu bewältigen. Die Phasen des Modells stehen in keinem zeitlichen, sondern in einem dynamischen Verhältnis zueinander (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 63, Hausmann 2006, S. 43). Nicht jede extreme Situation wirkt auf einen Menschen traumatisierend, sondern impliziert ein gewisses Traumpotenzial, wobei die Entwicklung eines Traumas von verschiedenen Faktoren abhängig ist.

### 2.2.1 Typisierung von Traumata

Die Psychotraumatologie unterscheidet nach Leonore Terr zwei Typen von Traumatisierungen: Typ I und Typ II Traumata. Diese Kategorienbildung ist bedeutsam für die unterschiedliche Wahrnehmung von Traumata, den Schweregrad des Traumas und für das Verständnis der Folgen der Traumatisierung. Das Typ-I-Trauma oder auch Schocktrauma, bezeichnet ein Monotrauma. Hier findet ein „*einzelnes, meist plötzliches Ereignis von kurzer Dauer, mit klarem Beginn und Ende*“ (Hausmann 2006, S. 43) statt. Die Betroffenen erinnern sich hierbei detailgetreu an das traumatisierende Erlebnis. Allerdings kann die Erinnerungswahrnehmung als Folge der Traumareaktion etwas verzerrt sein. Die psychischen Folgen, die sich daraus entwickeln, können akut oder zeitversetzt eintreten. Ereignisse, die eine Monotraumatisierung auslösen können eine Vergewaltigung, ein Überfall, ein Autounfall, eine Naturkatastrophe, technische Katastrophen und

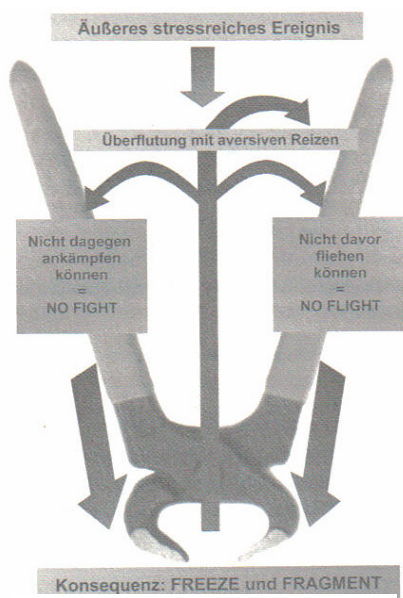
ähnliches sein (vgl. Maercker 1997, S. 6, Fischer/Riedesser 2003, S. 137, 272, Schmidt 2004, S. 232, Hausmann 2006, S. 43). Ein Typ-II-Trauma ist ein länger anhaltendes Mehrfachtrauma, also eine Polytraumatisierung. Hierbei geschieht die Traumatisierung über einen längerfristigen Zeitraum. Es können mehrere traumatisierende Umstände gleichzeitig wirken, sich wiederholen oder kommen allmählich nach und nach hinzu (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 137, 272). Ursachen können immer wiederkehrende Extremsituationen sein, mit der Berufsgruppen wie Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei usw. konfrontiert werden. Weiter entstehen Polytraumata durch Krieg, Gefangenschaft, mehrfache Folter, wiederholte körperliche und sexuelle Gewalt, langjähriger, sich fortsetzender Missbrauch. Hierbei entwickeln sich keine detailgetreuen Erinnerungen, stattdessen wirken sie diffus, unklar und können zur Verleugnung der Erlebnisse führen. Polytraumatisierte Menschen zeigen eine hohe Tendenz zu Dissoziationen. Die späteren Folgen sind meist komplexer und tiefergehend als bei monotraumatisierten Personen. Wenn die Traumatisierung bereits im Kindheits- und Jugendalter stattfindet, kann es die spätere Entwicklung nachhaltig beeinflussen (vgl. Maercker 1997, S. 6, Fischer/Riedesser 2003, S. 137, 272 und Hausmann 2006, S. 43). Ausschlaggebend für die Entwicklung von Mono- bzw. Polytraumata sind die traumatisierenden Situation, deren Intensität und die dazugehörigen Begleitumstände.

## **2.2.2 Traumatisierende Situation**

Ein traumatisierendes Ereignis ist ein reales, extrem stressreiches äußeres Erlebnis, das im menschlichen Körper unterschiedliche Reaktionen auslöst. Durch eine traumatisierende Situation entsteht für den Betroffenen eine Stresssituation, die plötzlich und unerwartet auftritt und für ihn eine Bedrohung darstellt. Ein Mensch gerät in Stress, wenn er mit einer biologischen, psychischen und/oder sozialen bedeutsamen Situation konfrontiert wird und es hierfür keinen einfachen Lösungsweg gibt. Es entsteht eine erhöhte kognitive, motorische Anforderung, die „entsprechend emotional erlebt wird“ (Roth/Münste 2003, S. 19 und vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 81, Huber 2005, S. 38). Es handelt sich in einer traumatischen Situation um eine Extremsituation, worin der Mensch und seine Bewältigungsmechanismen überfordert sind. Er wird unmittelbar mit Gewalt und Tod konfrontiert, was extreme Angst, Ohnmachtsgefühle, Kontrollverlust und Gefühle des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit auslöst. Durch diese extreme Reizüberflutung entsteht traumatischer Stress (vgl. Herman 2003, S. 54, Schmidt 2004, S. 232). Michaela Huber bezeichnet diese Überflutung mit aversiven Reizen als „Traumatische Zange“, die das Gehirn in die „Klemme“ bringt (2005, S. 38). Durch die Ausschüttung von Stresshormonen reagiert unser Stammhirn mit den urinstinktlichen Reflexen „Kampf“ oder „Flucht“. Diese Reaktion steht zunächst nicht in Verbindung mit dem Großhirn, welches eine rationelle Entscheidung treffen würde. Laut des Stressforschers Hans Selye löst der „Urininstinkt“ einen

biologischen Vorgang im Körper aus. Durch die Konfrontation mit einem Stressor gerät der Mensch zunächst in einen Schock- bzw. Alarmzustand. Es kommt u. a. zu Blutunterdruck, Unterzuckerung des Körpers und Abfall der Körpertemperatur. Dieser Zustand wird von einer Widerstandsphase abgelöst, die sich dadurch auszeichnet, dass das so genannte sympathische Nervensystem das Hormon Adrenalin ausschüttet. Der Blutdruck steigt wieder, die Versorgung mit Blutzucker setzt wieder ein, die Herztätigkeit und die Atmung erhöhen sich. Durch diese Energiezuführung ist es dem Menschen möglich, sich in extremen Situationen mit „Flucht“ oder „Kampf“ gegen den Stressor zu wehren. Durch diesen massiven Energieaufwand des Körpers gerät der Betroffene anschließend in einen Erschöpfungszustand (vgl. Selye 1981, S. 166f, 174, Roth/Münste 2003, S. 19f, Huber 2005, S. 41f, Rice 2005, S. 54f).

Ein Tauchlehrer, der den Tsumani in Thailand überlebte, schilderte seine Stressreaktion folgendermaßen: „Ich stand unter Schock. Es war so überwältigend.



Traumatische Zange aus Huber 2005, S. 36

Eine überdimensionale Welle kam auf mich zu. Ich geriet in Panik und fing an zu laufen. Ich lief so lange bis ich mich auf einem Hügel im Landesinneren in Sicherheit fühlte.“ Wenn es ein Betroffener in einer traumatischen Situation schafft, sich mit „Flucht“ oder „Kampf“ zu wehren, ist es möglich, dass er das Ereignis als belastend, aber nicht als traumatisch in seinem Gehirn „speichert“. Allerdings wird es als Trauma gespeichert, wenn die Flucht- oder Kampfreaktion zur Selbstverteidigung nicht mehr ausreicht bzw. wirkungs- und sinnlos geworden ist.

Das Gehirn schafft es nicht mehr, den aggressiven Reiz mit äußeren Mitteln zu bewältigen. Es versucht nun innerlich auf den Stressor zu reagieren. Es „friert“ die Situation ein und/oder fragmentiert sie. Das Phänomen der Dissoziation beginnt.

Unter Dissoziation wird eine „Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein verstanden“ (Rahn/Mahnkopf 2005, S. 582). Es kommt zu einer Veränderung des Raum-, Zeit- und Selbsterlebens, da „in der traumatischen Situa-



tion [...] einige Regeln der normalen Erlebnisverarbeitung gewöhnlich außer Kraft gesetzt“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 82) sind. Bei dem Effekt des „Eingefrierens“ kommt es zu einer Entfremdung der Situation, die peritraumatische Situation wird sozusagen unterbrochen. Während dieser „Unterbrechung“ zeigt der Körper Lähmungsreaktionen bzw. Erstarrung oder es kommt zu einem „panikartigen Bewegungsturm“ (ebd., S. 82).

Betroffene zeigen im Moment der Traumatisierung unter anderem Erscheinungen der Depersonalisierung. Die Selbstwahrnehmung verändert sich, beispielsweise werden Körperteile nicht mehr wahrgenommen, keine Schmerzen verspürt, der Betroffene tritt aus seinem eigenen Körper heraus und betrachtet die Situation oftmals schwebend von Außen. Ein weiterer Selbstschutzmechanismus ist die Derealisierung, das heißt die Umwelt und die aktuelle Situation werden als fremd, verändert und unwirklich empfunden. Betroffene berichten von einem „Tunnelblick“, die Wahrnehmung ist seitlich extrem eingeschränkt, so dass das Geschehene wie in einem Tunnel stattfindet. Die Situation wird aus wachsender Entfernung wahrgenommen. Der Betroffene nimmt das Ereignis wie in einem Film oder Traum wahr und empfindet, dass es „nicht wahr“, „nur ein Traum“ ist oder „nicht jetzt“ geschieht (vgl. ebd., S. 83f, Resick 2003, S. 12f, Huber 2005, S. 56f, 59-62, Hausmann 2006, S. 35, 63).

Während einer Traumatisierung gehören neben Depersonalisierung und Derealisierung noch dissoziative Amnesie, Fuge und Stupor zu den dissoziativen Erscheinungen. Die Amnesie bewirkt, dass keine Erinnerungen an wichtige biografische Ereignisse vorhanden sind. Der Erinnerungsverlust bezieht sich meist auf das traumatische Erlebnis und tritt meist unvollständig und selektiv auf. Oft fehlen Jahre in der Erinnerung, wo etwa ein sexueller Missbrauch stattgefunden hat (vgl. Dilling/Freyberger 2006, S. 170f, Hausmann 2006, S. 63). Eine Betroffene beschreibt es als Verdrängung: „Ich hab das dann damals als Kind irgendwie abgespalten oder verdrängt und es kam dann später [...] hoch“ (Esther, S. 1, Z. 17 - 19). Die dissoziative Fuge meint ein zielgerichtetes Entfernen von einem Ort, verbunden mit einer dissoziativen Amnesie. Wie das Weggehen von einem Unfallort und der Betroffene anschließend keine Erinnerung mehr daran hat, wie er dort hingekommen ist. Die Fuge ist meist ein recht intensives dissoziatives Erlebnis, weil es mit Amnesie, Depersonalisierung und Derealisierung verbunden ist (vgl. Huber 2005, S. 57, 62f, Rahn/Mahnkopf 2005, S. 583, Dilling/Freyberger 2006, S. 171). Michaela Huber erklärt dieses Phänomen mit einem verunglückten Autofahrer, der mit einer starken Verletzung am Bein eine befahrene Autobahn überquert und nachdem ihn Helfer aufgefunden haben, keine Erinnerung mehr hat, wie er auf die andere Seite der Straße gekommen ist (vgl. Huber 2005, S. 63). Der dissoziative Stupor beschreibt eine beträchtliche Verringerung oder das völlige Ausbleiben von willkürlichen Bewegungen und Reaktionen auf äußere Reize,

wie Licht, Geräusche oder Berührungen (vgl. Dilling/Freyberger 2006, S. 172). Nach dem „Einfrieren“ der traumatischen Situation, also nach der Entfremdung des Geschehens, zeigen die Betroffenen wieder „normale“ Reaktionen auf dieses Ereignis. Sie weinen, schreien oder brechen zusammen.

Jedoch lösen sich viele nicht aus der innerlichen Erstarrung. Die Traumatisierung wird demnach durch die Dissoziation fragmentiert, d. h. das Gehirn kann es nicht als „komplettes Ganzes“ (Schmidt 2004, S. 232, vgl. Huber 2005, S. 43) speichern, sondern die Erinnerung zersplittert bildlich gesehen wie ein zerbrochener Spiegel und ist ihrer „Zusammengehörigkeit und Zuordnungsmöglichkeit beraubt“ (Schmidt 2004, S. 232). Die Fragmente zeigen verschiedene Reaktionen auf, die nicht als zusammenhängend gesehen werden. Es entsteht eine Ahnung, dass etwas geschehen ist, aber es kann nicht genau definiert werden (vgl. Huber 2005, S. 44). Eine Betroffene berichtet: „Die Psyche macht das ja recht behutsam [...]. Da ist einfach eine Ahnung da, da tun sich Bilder auf, aber ich mach da auch noch dicht“ (Barbara, S. 2, Z. 52, 58f). Durch die Dissoziation und Fragmentierung besteht die Möglichkeit einer späteren Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung.

#### ➤ ***Exkurs: Auswirkungen auf die Gehirnphysiologie***

Ein Trauma ist „ein belastendes Ereignis [...], welches die menschlichen Stressbewältigungsmechanismen völlig überlastet und vor dem es kein Entkommen gibt“ (van der Kolk 2000, S. 221). Der daraus entstehende traumatische Stress wird in den Gedächtnissystemen des limbischen Systems verarbeitet. Das limbische System ist für die Verarbeitung von Emotionen zuständig und steuert bzw. erhält die Selbsterhaltung und bestimmte Funktionen, die das Überleben sichern, aufrecht. Dieses System ist entscheidend bei der „Erstbewältigung und späteren Erinnerung extrem stressreicher Ereignisse beteiligt“ (Huber 2005, S. 44).

Im limbischen System werden zwei Systeme aktiv, wenn es um Speicherung und Verarbeitung von Stresssituationen geht. Zu einem der Hippocampus und der so genannte Mandelkern, die Amygdala. Ihre Funktionsweise ist unterschiedlich, aber sie ergänzen sich gegenseitig und arbeiten parallel zueinander. Wissenschaftler bezeichnen sie als „kühles“ und „heißes“ System. Der „kühle“ Hippocampus beinhaltet das explizite, relationale Gedächtnis, welches dazu verhilft, Erlebtes in Worten auszudrücken, biografisch und zeitlich einzuordnen und kausale Zusammenhänge herzustellen. Der Hippocampus ist mit den Sprachzentren, dem Zwischenhirn „Thalamus“ und den beiden Großhirnhemisphären verbunden. Zudem werden Erinnerungen kurz abgespeichert und dann entweder in das Langzeitgedächtnis verschoben oder wieder gelöscht.

Das „heiße“ System des Mandelkerns beinhaltet das implizite, emotionale Gedächtnis, welches unter anderem motorische Fähigkeiten wiedergibt, und negati-

ven Reizen entsprechende affektive Reaktionen verleiht. Die Amygdala erkennt bzw. erinnert sich an die emotionale Bedeutung der äußeren Vorgänge, insbesondere bei sozialen Handlungen und sendet passende Reaktionen aus. Sie gilt hierbei als „Angstzentrale“ (Berking et al. 2006, S. 21) des Gehirns. Bei einer Gefahrensituation ist die Amygdala ausschlaggebend für die Flucht-, Kampf- oder Erstarrungsreaktionen des Menschen. Bei einer normalen Stresssituation werden die verschiedenen aufgenommenen Reize vom limbischen System in den Thalamus weitergeführt. Dieser leitet die Stimuli zur Mandelkernregion, wo sie emotional bewertet werden und zum Hippocampus, welcher die Reize auf kognitiver Ebene beurteilt. Nach diesen Bewertungen kommen die verarbeiteten Stimuli in den präfrontalen Kortex, der sie in alte Gedächtnisinhalte integriert und entsprechende Handlungen auslöst. In einer Stresssituation ist die Analyse des Hippocampus entscheidend. Wenn der Mandelkern auf einen Reiz „Alarm“ schlägt und das „kühle“ System den Stimulus näher betrachtet und keine akute Gefährdung sieht, werden die „Alarmreaktionen“ der Amygdala durch den präfrontalen Kortex gebremst (vgl. van der Kolk 2000, S. 236f, Fischer/Riedesser 2003, S. 92, Resick 2003, S.94-96, Huber 2005, S. 44-47, Berking et al. 2006, S. 21f).

Falls der Mensch nun traumatischem Stress ausgesetzt ist, schüttet das vegetative Nervensystem die Stresshormone Noradrenalin und Cortisol aus. Das Hormon Noradrenalin hemmt die Funktion des präfrontalen Kortex, der dann immer schlechter auf den Mandelkern Einfluss nehmen kann. Der Hippocampus wird durch die Ausschüttung von Cortisol vorübergehend dysfunktional bzw. in seiner Funktion gehemmt. Stattdessen ist die Mandelkernregion in einem akuten Alarmzustand. Da der Hippocampus nicht mehr parallel zur Amygdala funktioniert, werden traumatische Erlebnisinhalte nicht in das biografische Gedächtnis überführt und gespeichert. Das Frontalhirn schaltet sich ab und durch die Ausschüttung von körpereigenen Morphinen „friert“ die Situation ein. Die aufgenommenen Inhalte werden in körperliche und seelische Reaktionen durch die peritraumatische Dissoziation fragmentiert und im impliziten Gedächtnis nicht zusammenhängend abgespeichert (vgl. Huber 2005, S. 47 - 49, Berking et al. 2006, S. 23f).

„Das ausschließlich vom Amygdala-System emotional-körperlich und vom Hippocampus-System in einzelnen Bildern und kurzen Sequenzen gespeicherte fragmentarische Material ist Traumamaterial“ (Huber 2005, S. 49). Durch die Traumatisierung erfolgt eine Konditionierung des Mandelkerns. Verschiedene Reiz-Reaktionen werden fragmentarisch in das Traumagedächtnis gespeichert und können willentlich nur schwer kontrolliert und verändert werden (vgl. Hausmann 2006, S. 48). Das bedeutet, dass auch lange nach der traumatischen Situation, der Betroffene durch verschiedenste kinästhetische, auditive, visuelle, olfaktorische und gustatorische Stimuli, so genannte „Flashbacks“ – Wiedererinnerungen an

das Trauma haben kann. Entsprechend der Konditionierung der Amygdala reagiert er darauf. Da oft der Zusammenhang zum eigentlichen Trauma fehlt und die Erinnerungen nicht zusammenhängend auftreten, können diese nicht zugeordnet und auch nicht verbalisiert werden, da der Zugang zu den Sprachzentren blockiert ist. Der Betroffene versucht die auslösenden Reize zu meiden, jedoch führt dies nicht zur Aufarbeitung des Traumas. Es kommt zu einer ständigen Stresshormonausschüttung, wobei der traumatisierte Mensch immer unter Anspannung bleibt und sich dieser Zustand chronifizieren kann (vgl. van der Kolk 2000, S. 214f, Schmidt 2004, S. 232, Huber 2005, S. 50, Hausmann 2006, S. 51).

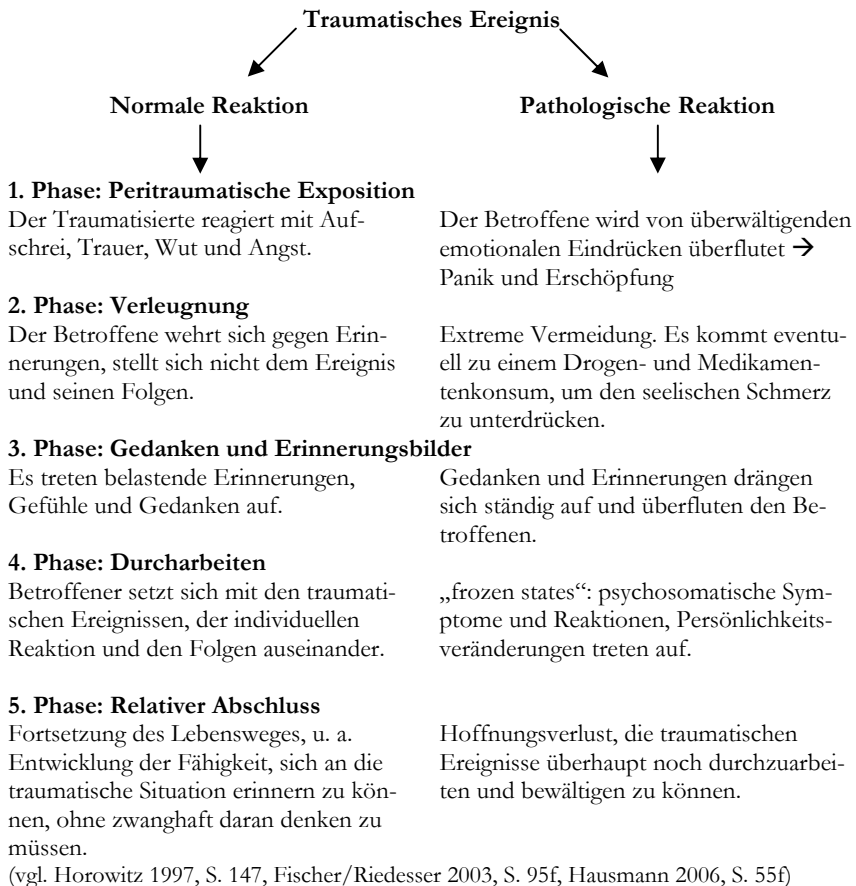
Zu beachten ist: Je früher eine Traumatisierung stattgefunden hat, desto stärker sind die Auswirkungen auf das Gedächtnis. Die Mandelkernregion arbeitet bei einem Kind von Geburt an, wogegen sich das Hippocampus-System erst zwischen zweitem und dritten Lebensjahr funktionstüchtig wird und ab dem zehnten bis zwölften Jahr richtig arbeitet. Für eine frühkindliche Traumatisierung bedeutet das, dass der Betroffene die Ereignisse ausschließlich im Amygdala-System speichert. Dadurch verzögert sich die Entwicklung des Hippocampus und die betreffende Person wird in ihrem Leben „stressempfindlicher“ sein und entsprechend in solchen Situationen reagieren. Zudem erhöht sich das Risiko, später eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

Die Geschwindigkeit der Abschaltung des Hippocampus-Systems ist individuell unterschiedlich. Wenn ein nicht-traumatisierter Mensch wiederholt in äußerst stressreichen Situationen ist, kann es sein, dass der Hippocampus nur sehr kurz aussetzt und der Betroffene nach wenigen Augenblicken wieder entsprechend mit Hilfe seiner individuellen Bewältigungsstrategien reagieren kann (vgl. Huber 2005, S. 50). Die Amygdala und der Hippocampus sind dafür da, dass ein Mensch eine Extrembelastung psychisch gut überstehen kann, um später wieder normal zu „funktionieren“. Es ist zu beachten, dass nach der peritraumatischen Situation für die Betroffenen meist ein lebenslanger Prozess der Abwehr und Bewältigung der Ereignisse beginnt. Die Gedächtnissysteme verändern sich und können so ihr Leben beeinflussen.

### **2.3 Traumatische Reaktion und traumatischer Prozess**

In der peritraumatischen Situation hat der Mensch die unmittelbare Erfahrung mit einem traumatischen Ereignis gemacht. Auch wenn die akute Gefahr nun vorüber ist, wirken die Geschehnisse noch lange Zeit im Betroffenen nach. Es entwickeln sich komplexe individuelle Abwehr- und Bewältigungsvorgänge. Der Mensch versucht seine traumatischen Erlebnisse „zu vernichten und auszuschneiden oder aber zu assimilieren“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 95). Allerdings lebt der

Betroffene meist lebenslang mit seiner inneren Verletzung weiter, da das komplexe „Selbstschutzsystem“ zerstört ist und dadurch tiefgreifende und „langfristige Veränderungen in der physiologischen Erregung, bei Gefühlen, Wahrnehmung und Gedächtnis“ (Herman 2003, S. 55) bewirkt wurden. Lässt sich das Trauma nicht „ausgleichen“, leidet der Betroffene weiter an den Folgen. Die Dissoziationen und die Fragmentierung, die die traumatische Situation bewirkt hat, bestehen weiter fort. Belastende Gefühle und Gedanken tauchen auf, bruchstückhaft werden Szenen wieder erlebt. Der Psychiater und Psychoanalytiker Mardi Horowitz hat 1976 ein psychodynamisch-kognitives Modell zum Verständnis von post-traumatischen Reaktionen und Störungen entwickelt. Er unterscheidet zwischen einer „normalen“ und einer „pathologischen“ Traumareaktion:



„Ein Trauma ist ein Anschlag auf die Identität des Menschen“ (Huber 2005, S. 68) und führt zu unmittelbaren Folgen, die sich im psychischen, physischen, emotionalen und kognitiven Bereich auswirken. Durch das Trauma kann es zu einer grundlegenden Veränderung des Selbst- und Rollenschemata kommen. Der Betroffene muss versuchen, diese Veränderungen in seine bestehende Lebensstruktur einzuordnen, um mit diesem Ereignis weiterleben zu können (vgl. Hausmann 2006, S. 53).

Die anschließende Zeit an ein Trauma kann als „Schockzustand“ bezeichnet werden. Der Betroffene fühlt sich beispielsweise aufgeregt und verwirrt, wie betäubt, wütend oder traurig, er hat Angst oder hat noch Erscheinungen der Dissoziation in Form von Depersonalisierungen und Derealisierungen (vgl. Schmidt 2004, S. 235). Die traumatische Reaktion geht nach Horowitz in einen biphasischen Charakter über. Er verbindet die zentralen Traumafolgen nach Pierre Janet (Dissoziative Erlebniszustände) und Sigmund Freud (Abwehrreaktion) in seinem Modell. Der Betroffene wechselt in der Zeit der Einwirkung des Traumas zwischen Verleugnen und Wiedererinnern hin und her, er ist übererregt oder erlebt eine „emotionale Taubheit“ (ebd., S. 235). „Es handelt sich um den regelhaft wiederkehrenden Wechsel von Intrusion (Eindringen) und Verleugnung der traumatischen Erinnerungsbilder“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 96). Der Mensch neigt dazu eine unterbrochene Handlung zu vollenden. Durch die Reaktionen „Einfrieren“ und „Fragmentieren“ wurde die traumatische Situation unterbrochen. Die Vollendungstendenz zeigt sich entweder durch aktives Wiederholen der traumatischen Situation und wenn dies nicht möglich ist, versucht der Betroffene diese auf kognitiver Ebene in Denken oder in der Fantasie zu „vollenden“. In der Wissenschaft wird dies auch „Zeigarnik-Effekt“ genannt (vgl. ebd., S. 96). Diese Reaktionen haben auch mit der vorübergehenden Dysfunktion des Hippocampus und der Alleinreaktion der Amygdala zu tun. Das Gehirn versucht, die fragmentierten Inhalte wieder in das Gedächtnis zu integrieren und die Dissoziationen zu „begreifen“. Es möchte auf der einen Seite den Betroffenen psychisch und physisch schonen und zum anderen das traumatische Ereignis verstehen und in das Gedächtnis einbinden. Die Erinnerungen im impliziten Gedächtnis sind uns nicht direkt bewusst und müssen somit in das explizite System transformiert werden, um von dem Trauma eine möglichst vollständige und geordnete Erinnerung zu gewinnen. Die Tendenz zur Vollendung der Geschehnisse hat den positiven Zweck, dass der traumatisierte Mensch das traumatische Erlebnis aufarbeitet. Er integriert es in sein Leben, um damit weiter leben zu können, ohne dass er durch diverse Erinnerungen extrem belastet ist und somit die „normale“ Traumareaktion abschließt (vgl. ebd., S. 96, 379, Hermann 2003, S. 64, Huber 2005, S. 68, Hausmann 2006, S. 48).

Laut Horowitz wird ein Trauma immer im Laufe eines Lebens aufgearbeitet. Er geht davon aus, dass das vital bedeutsame Erlebnis in einer Art „Arbeitsgedächtnis“ abgespeichert wird, das auch sehr stark verdrängte Traumata irgendwann wieder hervorruft und der Mensch die in der Biografie unvollendeten Handlungen schrittweise aufarbeiten und vollenden muss. Jedoch gelingt es einigen Betroffenen nicht, das Trauma zu integrieren. Sie entwickeln nach Horowitz eine pathologische Traumareaktion (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 97). Der Übergang von der „normalen“ zur „pathologischen“ Reaktion kann fließend sein. Die Bewältigungsmöglichkeiten des traumatisierten Menschen sind durch die enorme emotionale Reizüberflutung völlig überfordert. Der Betroffene versucht die Erinnerung an das Trauma durch destruktive Verhaltensweisen, wie Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholkonsum oder auch extreme Vermeidung von reaktionsauslösenden Faktoren zu vermindern. Die fehlende Bearbeitung des Traumas kann in psychosomatische und psychische Krankheiten umschlagen und den Menschen noch mehr beeinträchtigen, bis er eventuell die Hoffnung auf eine erfolgreiche Bewältigung verliert (vgl. Horowitz 1997, S. 147, Fischer/Riedesser 2003, S. 95f, Hausmann 2006, S. 55f). Eine Beendigung der Reaktion auf das Trauma geht nunmehr durch die Integration in das eigene Lebenskonzept einher oder aber auch durch ein frühen Abschluss. Die Symptome der Traumatisierung sind nicht mehr vordergründig, aber trotzdem unterschwellig vorhanden und können jederzeit wieder in Erscheinung treten.

Eine letztere Variante ist das weitere Fortbestehen der Traumareaktion, beispielsweise in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 99f). Nach dem Verlaufmodell der psychischen Traumatisierung von Fischer und Riedesser beginnt nach der ungenügend verarbeiteten Reaktion auf das Trauma die dritte Phase des Modells – der traumatische Prozess. „In der weiteren Lebensgeschichte, manchmal ein volles Leben lang, bemühen sich die Betroffenen, die überwältigende, physisch oder psychisch existenzbedrohende und oft unverständliche Erfahrungen zu begreifen, sie in ihren Lebensentwurf, ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren; dies in einem Wechselspiel von Zulassen oder Erinnerung und kontrollierender Abwehr oder Kompensation, um erneute Panik und Reizüberflutung zu vermeiden“ (ebd., 2003, S. 63). Das Trauma darf deshalb nicht nur in der aktuellen traumatischen Situation und der darauf folgenden Reaktion verstanden werden, sondern mit seinen Auswirkungen auf die gesamte weitere Lebensgeschichte des Betroffenen. Charakteristisch ist für den traumatischen Prozess, dass die traumatisierten Menschen keine Möglichkeit des Ausgleichs ihres Traumas sehen und ihr Leben mit diesem unausgleichbaren Erlebnis weiterleben und sich damit nicht wirklich auseinandersetzen können. Es wird zum Selbstschutz ein traumakompensatorisches Schema entwickelt, was eine dynamische Spannung zum Traumaschema beinhaltet. Im Letzteren sind die traumatischen Erinnerungsbilder und Eindrücke sowie die kognitive Entwicklung

zum Zeitpunkt des Traumas gespeichert (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 100f, 375).

Da durch das Traumagedächtnis die Erinnerungen an das traumatische Ereignis immer wieder aufleben können, versucht der Betroffene diesen Erinnerungskomplex durch eine Umstrukturierung des psychischen Aufbaus des Traumas unter Kontrolle zu bringen. Dazu entwirft er eine „naive“ Traumatheorie, die die Ursache des Traumas beschreibt. Der Betroffene erschafft sich ein Bild, wie er hätte sein und sich verhalten sollen, um das Trauma zu vermeiden und bildet Verhaltensweisen aus, um eine weitere Traumatisierung zu verhindern. Er verändert die traumatische Situation durch Umdeutung der Ereignisse so, dass für ihn eine Illusion entsteht, in der das traumatische Ereignis in einer für ihn verträglichen Art und Weise vorhanden ist. Die Umdeutung oder auch die Verleugnung des Traumas dient dazu, nicht mit den parallel dazu vorhandenen Erinnerungen des Traumaschemas konfrontiert zu werden (vgl. ebd., S. 101f, 129f).

Neben dem kompensatorischen Traumaschema, das sich als Gegenentwurf gegen das Traumagedächtnis richtet, entwickelt sich ein Desillusionierungsschema, das durch den Trauma bedingten Pessimismus die Hilf- und Hoffnungslosigkeit vertritt. „Seiner inneren Dynamik nach stellt es einen Kompromiss zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema dar. Es repräsentiert die traumabedingte Desillusionierung und wirkt zugleich traumapräventiv im Sinne der kompensatorischen Tendenz: wer nichts erwartet, kann auch nicht enttäuscht werden“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 365). Der Mensch entwickelt somit ein kleines Handlungs- und Kontrollfeld, in dem er agieren kann. Dadurch kann es zum Entstehen von Folgeerkrankungen der Traumatisierung kommen. Beispielsweise zu einer Magersucht, bei der der Betroffene kontrollieren kann, wieviel Nahrung er zu sich nimmt. Die minimale Kontrolle steht für den Menschen als Symbol für die Kontrolle über die traumatischen Geschehnisse (vgl. ebd., S. 103). Je nachdem, wie der Betroffene die traumatische Situation in der darauf folgenden Reaktion oder im chronifizierten Traumaprozess verarbeitet, können sich verschiedene Folgen von Traumatisierungen ausbilden, die einen Menschen teilweise lebenslang beeinträchtigen können.

## **2.4 Folgen von Traumatisierungen**

Eine Traumatisierung beansprucht von einem Menschen ein sehr hohes Maß an „Verarbeitungs- und Anpassungsfähigkeit“ (Hausmann 2006, S. 53). Psychische oder physische Folgeerscheinungen nach einem solch gravierenden Ereignis sind bei den Betroffenen „normal“. Jedoch ist es individuell unterschiedlich, ob die Auswirkungen und Reaktionen des Traumas aufgearbeitet und in das Leben integriert werden oder sich die Folgen chronifizieren und den Menschen erheblich



beeinträchtigen. Diese Entwicklungen hängen von der Art und den Verlauf der Traumatisierung ab und vor allem von den individuellen Risiko- und Schutzfaktoren. Die drei genannten Faktorengruppen treten bei einem traumatischen Ereignis zueinander in Beziehung. Wenn die Ereignis- und Risikofaktoren überwiegen, kann der Betroffene keine angemessene Bewältigung entwickeln (vgl. Schmidt 2004, S. 237, Hausmann 2006, S. 53).

Wissenschaftler haben verschiedene Kategorien von Traumata erfasst, die bei einem Betroffenen besonders schwere Reaktionen hervorrufen können. Dazu zählen zu einem der Schweregrad und zum anderen die Häufung von traumatisierenden Situationen. Beispielsweise kann eine lang andauernde Polytraumatisierung durch wiederholten sexuellen Missbrauch ein äußerst schwerwiegendes Trauma darstellen. Auch die Art der Traumatisierung spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zum Beispiel, wenn das Opfer mit körperlichen Verletzungen zurückbleibt, wenn es sexueller Gewalt oder massiver Folter ausgesetzt war, wenn mehrere Täter beteiligt waren, bei Kriegseignissen verstümmelte menschliche Körper sieht, das Ereignis schwer versteht, die Verletzungen bzw. den Tod einer anderen Person verursacht hat, Zeuge der Gewalt oder des Todes an einem geliebten Menschen wird oder diesen plötzlich verliert, sich daran mitschuldig bzw. schuldig fühlt, wenn es einem schädlichen Umweltreiz ausgesetzt war usw. Auch die Beziehung zwischen Täter und Opfer wirkt sich auf die Traumatisierung aus, wenn dieser eine nahe stehende Person war und der Betroffene ihm Vertrauen und Liebe entgegenbrachte. Zudem beeinflussen noch starke Dissoziationen, Angst und Erregung, Todesnähe- oder Verlusterfahrungen und die Victimisierung des Opfers, d. h. der Betroffene fühlt sich als „Verlierer, erniedrigt, beleidigt, herabgesetzt und verletzt“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 139), die Auswirkung des Traumas auf den Menschen (vgl. ebd., S. 135-140, Huber 2005, S. 75-82, Hausmann 2006, S. 84).

Nicht jeder Betroffene, der mit solchen Geschehnissen konfrontiert wird, muss zwangsweise gravierende Folgen entwickeln. Entscheidend für eine Traumatisierung ist auch die persönliche Einschätzung des Geschehens, wie hilflos oder bedroht sich der Betroffene fühlt (vgl. van der Kolk/McFarlane, S. 30). Verschiedene Schutzfaktoren unterstützen den Integrationsprozess des Traumas in das Leben des traumatisierten Menschen. Kurz gefasst können solche Faktoren ein stabiles soziales Umfeld sein, das das Opfer unterstützt und mit ihm darüber redet, der Betroffene eine stabile Persönlichkeit hat und sein Selbst- und Weltbild gefestigt ist. Die Schutzfaktoren stärken die Widerstandskraft der betreffenden Person und bieten die Möglichkeit Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um das Geschehene verarbeiten und in sein Leben zu integrieren (vgl. McFarlane/Yehuda 2000, S. 142, Hausmann 2006, S. 77). Allerdings stehen diesen schützenden Bedingungen Risikofaktoren gegenüber. Es entsteht für den Betroffenen eine erhöhte

Vulnerabilität. Die Verletzlichkeit der Person entsteht durch einen allgemeinen Lebensstress, frühere Traumatisierungen, niedrigen Intelligenzquotient, schlechte physische und psychische Gesundheit, familiäre Vorbelastung in Bezug auf Traumatisierungen, psychische Auffälligkeit, mangelnde Unterstützung der sozialen Umwelt, weibliches Geschlecht, dysfunktionale Familienstrukturen, fehlende soziale Kontakte, Armut der Eltern, niedriger sozioökonomischer Status, Schulwechsel, Umzug, Angst vor dem Täter, wiederholte Bedrohung usw. (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 148, Huber 2005, S. 83f, Hausmann 2006, S. 84). Wenn nun bei einem Traumatisierten die Risikofaktoren überwiegen und er somit keine ausreichenden Bewältigungsstrategien entwickeln kann, können verschiedene gravierende Folgen für ihn entstehen.

#### **2.4.1 Psychische Traumafolgen**

Ein Trauma ist ein außergewöhnliches belastendes Lebensereignis, das von einem betroffenen Menschen ein hohes Maß an Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten fordert. Manche Betroffene haben aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität durch individuelle und soziale Risikofaktoren nicht die Möglichkeit, eine traumatische Erfahrung in ihr Leben ausreichend zu integrieren und können psychische Auffälligkeiten und Störungen entwickeln, die sie unter Umständen lebenslang beeinflussen. Die akute Reaktion auf ein Trauma wird nach den ICD-10 und DSM-IV als „akute Belastungsreaktion“ klassifiziert. Bei diesem Erscheinungsbild wird von einer „normale Reaktion auf unnormale Ereignisse“ (Schmidt 2004, S. 233) gesprochen und ist vergleichbar mit dem Modell von Horowitz der normalen Verarbeitung einer Traumatisierung.

##### **▪ Akute Belastungsreaktion**

Die akute Belastungsreaktion ist eine massive Stressreaktion und entwickelt sich im Anschluss an das traumatischen Geschehen. Nach ICD-10 wird sie als vorübergehende psychische Störung beschrieben, die ein psychisch gesunder Mensch als „Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt“ (Dilling/Freyberger 2006, S. 162). Allerdings ist die Ausbildung der akuten Belastungsreaktion nicht mit einer psychischen Erkrankung zu vergleichen, da es eine normale und notwendige Reaktion auf belastende Ereignisse darstellt. Wenn diese Reaktion ausbleibt, verstärkt dies die Gefahr, eine psychische Erkrankung zu entwickeln (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005, S. 588). Deshalb spielen für den Verlauf wiederum die individuelle Vulnerabilität, die Widerstandskraft und die Entwicklung der Bewältigungsstrategien eine große Rolle.

Der Verlauf der akuten Belastungsreaktion lässt sich mit dem Modell von Horowitz vergleichen. Nach dem traumatischen Ereignis mit den intensiven Gefühlen der Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen verspürt der Betroffene emotionale „Taubheit“ oder das „Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit“ (Fischer/Riedesser

2003, S. 51). Die Aufmerksamkeit des traumatisierten Menschen kann eingeschränkt sein und er hat dadurch nicht die Möglichkeit die Reizüberflutung zu verarbeiten und wird desorientiert. Die bewusste Wahrnehmung ist beeinträchtigt und der Betroffene hat noch Depersonalisierungs- und Derealisierungsercheinungen oder leidet an einer dissoziativen Amnesie. Zudem können Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verunsicherung, massive Ängste, Wutausbrüche, Trauergefühle oder Depressionen auftreten und die betreffende Person zieht sich aus der sozialen Umwelt zurück oder ist übererregt und unruhig. (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 51f, Dilling/Freyberger 2006, S. 162, 165).

Zudem erlebt der Betroffene das Trauma durch Intrusionen wieder oder er versucht das Geschehene abzuwehren, indem er es verleugnet. Durch die „Flashbacks“ entwickeln traumatisierte Menschen zusätzlich die Angst, psychisch krank zu werden oder sind von sich selbst enttäuscht, dass sie mit dieser Belastung nicht besser umgehen zu können (vgl. Schmidt 2004, S. 232). Die Symptome dauern laut ICD-10 von wenigen Stunden bis zwei Tagen und nach DSM-IV bis zu maximal vier Wochen an, bis das Trauma in das Leben des Betroffenen integriert ist und er mit diesem Ereignis ohne starke Beeinträchtigungen weiterleben kann (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 52, Dilling/Freyberger 2006, S. 163). Allerdings ist zu beachten, dass der „Übergang von einer normalen seelischen Reaktion zur Entwicklung einer seelischen Erkrankung“ (Rahn/Mahnkopf 2005, S. 587) fließend sein kann und die betreffende Person eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ ausbildet.

#### ■ ***Posttraumatische Belastungsstörung***

Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht durch „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling/Freyberger 2006, S. 164). Die Reaktion auf das traumatische Ereignis ist bei den Betroffenen intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Diese Störung tritt nach mehreren Wochen, Monaten oder sogar erst mehrere Jahre später nach einer Traumatisierung auf (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 45, Schmidt 2004, S. 233).

Am häufigsten tritt die Störung mit einer Prävalenz von 50% nach einer Vergewaltigung auf, mit 50-70% bei politischen Flüchtlingen, bei Gewaltverbrechen mit 25%iger Wahrscheinlichkeit. Von Kriegsopfern erkranken etwa 20% und etwa 15% der Opfer von Verkehrsunfällen entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer und entwickeln viermal öfter eine Chronifizierung dieser Belastungsstörung. Chronisch wird die posttraumatische Belastungsstörung, wenn sie über drei Monate

andauert (vgl. Flatten et. al 2004, S. 4, Schmidt 2004, S. 234, Flatten 2005, S. 300, Hausmann 2006, S. 58f). Im Vergleich zu dem Modell von Horowitz stellt diese Störung die pathologische Reaktion auf ein Trauma dar. Die drei relevanten Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung spiegeln die Versuche des Gehirns wider, das traumatische Ereignis zu integrieren:

✓ Intrusionen (Wiedererinnern)

Durch das Trauma verursachte Fragmentierungen tauchen ständig in „wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis“ auf (Fischer/Riedesser 2003, S. 45, Flatten 2005, S. 300) und können nicht gespeichert werden. Die Fragmente stellen sich in Form von Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen wie Gerüche, Geräusche und sich wiederholende Albträume dar. Durch verschiedene Auslöser, so genannte „Trigger“ werden dissoziative Flashbacks ausgelöst, die den Betroffenen so handeln und fühlen lassen, als wäre er noch in der traumatischen Situation. Hinzu können noch Halluzinationen und Illusionen kommen. Intensive psychische Belastung und körperliche Reaktionen entstehen, wenn der traumatisierte Mensch Reizen ausgesetzt ist, die auf das Trauma hinweisen bzw. ähnlich sind (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 45, Schmidt 2004, S. 233, Flatten 2005, S. 300, Dilling/Freyberger 2006, S. 165).

✓ Vermeidungsverhalten

Der Betroffene versucht alle Reize, die ihn an das Trauma erinnern, zu meiden. Er vermeidet bewusst Gespräche, Gedanken, Gefühle, Aktivitäten, Orte und Menschen, die eine Erinnerung hervorrufen könnten. Zudem ist er unfähig, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern, eine völlige Amnesie kommt teilweise auch vor. Der Betroffene verliert seine Wertvorstellungen, vermindert sein Interesse und seine Teilhabe an wichtigen Aktivitäten, um nicht emotional überfordert zu sein. Er fühlt sich von den anderen losgelöst und entfremdet. Eine emotionale Taubheit gegenüber zwischenmenschlichen Gefühlen setzt ein. Zudem resigniert er vor der Zukunft, beispielsweise wird er keine Karriere machen, niemand wird ihn heiraten, er wird bald sterben usw. (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 45, Schmidt 2004, S. 233).

✓ Übererregung (Hyperarousal)

Der betroffene Mensch fühlt sich durch die erhöhte Ausschüttung der Stresshormone übererregt. Diese physische Übererregung zeigt sich durch Konzentrationsschwierigkeiten und eine erhöhte Schreckhaftigkeit und Wachsamkeit. Der Betroffene hat Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, er ist sehr reizbar und neigt zu Wutausbrüchen (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 45f, Schmidt 2004, S. 233, Dilling/Freyberger 2006, S. 165).

Das Leben des Betroffenen ist meist von intensiver Angst und Furcht davorgeprägt, dass das Trauma noch einmal geschehen könnte. Hinzu kommt der Verlust der Selbstachtung. Scham- und Schuldgefühle spielen zusätzlich eine Rolle. Er fühlt sich plötzlich hilflos und ausgeliefert. Depressionen, Suizidgedanken, -versuche und Suizide oder Tendenzen zur Selbstverletzung können sich entwickeln. Der Gebrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen kann zur Bewältigung verwendet werden und später in eine eventuelle Suchterkrankung umschlagen. Es gibt traumatisierte Menschen, die aus der posttraumatischen Belastungsstörung oder unabhängig von dieser weitere psychische oder psychosomatische Erkrankungen entwickeln. Beispiele hierfür können sein: Anpassungs- und Angststörungen, depressive und dissoziative Erkrankungen, Persönlichkeitsveränderungen und -störungen, wie der Borderline-Typus, Somatisierungs- und Schmerzstörungen, Essstörungen, wie Bulimie, Magersucht oder Adipositas und auch verschiedene körperliche Erkrankungen wie Schlafstörungen, Rücken- und Kopfschmerzen, Muskelverspannungen usw. Die posttraumatische Belastungsstörung zeigt sich bei den meisten Menschen unter sehr vielseitigen Symptomen, so dass es oft zu Fehldiagnosen kommt und den Betroffenen nicht entsprechend geholfen werden kann (vgl. Schmidt 2004, S. 233, 235, Wöller et. al. 2004, S. 36-50, Hausmann 2006, S. 59-64). Neben den möglicherweise erheblichen Einschränkungen in der psychischen und physischen Gesundheit durch das erlebte Trauma, wirkt sich dies auch auf den sozialen und beruflichen Bereich des traumatisierten Menschen aus.

## **2.4.2 Soziale Traumafolgen**

Das Trauma führt zudem zu Folgeproblemen im sozialen Bereich. Die psychischen und physischen Probleme, die der traumatisierte Mensch bei sich selbst erleben muss, wirken sich auf das soziale und berufliche Umfeld aus, wodurch auch die Lebensqualität beeinträchtigt wird. Die Auswirkungen des Traumas können die Persönlichkeit des Betroffenen verändern, was sich auf seine sozialen Beziehungen auswirkt (vgl. Hausmann 2006, S. 68). Beispielsweise eine Frau, die vor einer Vergewaltigung einen großen Freundeskreis hatte und diese Beziehungen regelmäßig und aktiv pflegte, isoliert sich immer mehr von ihren Freunden und bricht Kontakte ab. Dieses Vermeidungsverhalten ist für sie in dem Sinn hilfreich, dass sie Reize, die eine Wiedererinnerung an das Trauma auslösen können, vermeidet. Auf der anderen Seite bewirkt der soziale Rückzug, dass Konflikte mit ihren Freunden entstehen, sie immer mehr vereinsamt, sich von ihren Freunden entfremdet und Unterstützungsangebote des sozialen Umfelds weniger werden (vgl. ebd., S. 68).

Die traumatischen Erfahrungen wirken sich auch auf die Familie aus. Durch die veränderte Verhaltensweise des Betroffenen werden auch die anderen Familien-

mitglieder belastet. Um einem traumatisierten Menschen helfen zu können, brauchen Angehörige viel Geduld und Ausdauer. Da aber posttraumatische Verhaltensweisen eventuell lange andauern und nach außen hin teilweise sehr unverständlich wirken, sind die Helfer bald überfordert. Es kommt dann beispielsweise zu Partnerschaftskonflikten und Scheidung. Zudem kann der Betroffene aus Angst, dass ein Trauma an ihm oder an seiner Familie wieder geschieht, überfürsorglich werden. Die Überfürsorge wiederum belastet beispielsweise die Kinder stark, da sie sich kontrolliert fühlen oder sie selber Ängste entwickeln. Für den Betroffenen wird es zudem schwierig, wenn die Traumatisierung innerfamiliär, wie durch einen sexuellen Missbrauch, stattgefunden hat. Aufgrund der Aufdeckung der Ereignisse, kann die Familienstruktur auseinander brechen oder der Betreffende bekommt von den anderen Familienmitgliedern die Schuld zugeschrieben (vgl. McFarlane/van der Kolk 2000, S. 48, Hausmann 2006, S. 68). Zudem gibt es den Effekt einer transgenerationalen Weitergabe des Traumas im traumatischen Prozess. Das bedeutet, dass ein Trauma über Generationen hinweg „weitergegeben“ wird. Beispielsweise wenn eine sexuell missbrauchte Frau eine Tochter bekommt und sie diese vor dem sexuellen Missbrauch durch ihren Partner nicht schützen „kann“, da sie das Trauma auf die Tochter reproduziert. Weitere verschiedene Untersuchungen beschreiben zum Beispiel, dass auch missbrauchte Väter ihre Kinder missbrauchen usw. (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 309).

Durch eine eventuelle posttraumatische Belastungsstörung können die beruflichen Folgen für den Betroffenen erheblich sein. Es kommt zu Leistungseinbußen, da die Konzentrationsfähigkeit sich verringert, weil der traumatisierte Mensch ständig versucht, Flashbacks zu vermeiden oder mit starken Erinnerungen überflutet wird. Konflikte mit dem Arbeitgeber oder Arbeitskollegen verstärken noch die belastende Situation und das kann von vermehrten Krankschreibungen bis zur Arbeitslosigkeit führen. Die Belastung steigt weiter, wenn psychische und somatische Folgeerkrankungen, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentensucht hinzukommen (vgl. Hausmann 2006, S. 68f). Die psychosozialen, psychischen und physischen Belastungen, fordern von den Betroffenen hohe Bewältigungsleistungen. Die sind aber durch die umfangreiche Problematik schnell überfordert und der Traumatisierung folgen immer mehr Belastungen. Dadurch wird ersichtlich, dass ein Trauma und seine Folgen nicht nur in der medizinischen Diagnose gesehen werden darf, sondern in seinem ganzen Umfang und der Vielschichtigkeit der Auswirkungen in allen Bereichen und Belangen, die ein menschliches Leben beinhaltet.

## 2.5 Zusammenfassung

Das Kapitel „Einführung in die Psychotraumatologie“ beschreibt anhand des aktuellen Forschungsstandes die Entstehung einer Traumatisierung und ihre Auswirkungen. Durch das beschriebene Modell psychischer Traumatisierungen von Fischer und Riedesser wird deutlich, dass es sich bei einem Trauma um einen Verlaufsprozess handelt, der nicht mit der traumatischen Situation endet. Jeder Mensch reagiert auf ein traumatisches Ereignis. Im peritraumatischen Moment setzt eine „Notfallreaktion“ in Form der Fragmentierung und Dissoziation ein, da die üblichen Stressbewältigungsversuche und die Verarbeitungsmechanismen im Gehirn überfordert sind. Das Individuum versucht anschließend die traumatischen Ereignisse zu verarbeiten und in sein Leben zu integrieren, um mit dieser einschneidenden „Lebenserfahrung“ weiterleben zu können. Wenn das nicht gelingt, beginnt der traumatische Prozess, in dem sich Betroffene teilweise lebenslang um eine Integration des Traumas bemühen. Da ein Trauma ein außergewöhnliches und bedrohliches Ereignis ist, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, bilden sich bei vielen traumatisierten Menschen psychische, physische und soziale Folgen heraus. Wenn es auch verschiedenste Diagnosen für die Traumafolgen gibt, können doch nicht alle Konsequenzen erfasst werden, da die Folgen sehr vielschichtig, teilweise nicht offensichtlich sind und in allen Bereichen des menschlichen Lebens vorkommen. Die Vielschichtigkeit eines Traumas wird besonders im folgenden Kapitel „Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch“ deutlich. Es handelt sich hierbei um eine Traumatisierung, die erheblich in die Entwicklung eines Menschen eingreift, da der Missbrauch meist in den sensiblen Entwicklungsstadien der Kindheit stattfindet und somit einen Betroffenen lebenslang beeinflussen kann.

### 3 Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch

Das Tabuthema „Sexueller Missbrauch“ rückte in den letzten Jahrzehnten immer mehr in das Bewusstsein der Öffentlichkeit. Verschiedene Selbsthilfeinitiativen lösten in der Gesellschaft „Unglauben, dann Ratlosigkeit und Bestürzung“ aus, da sie von „alltäglichen“ Erlebnissen von „Kindern jeder Altersstufe und aus jeder sozialen Schicht“ (Enders 2003, S. 11) sprachen. Bis heute noch ist es ein äußerst brisantes Thema und löst meist kontroverse Diskussionen aus, bei der sich zwei Lager spalten. Eine Seite verharmlost den Missbrauch und seine reale Bedeutung wird dadurch bagatellisiert; andere reagieren meist sehr empört und schockiert über solche Ereignisse, aber lassen sich auch nicht auf die damit „verbundene emotionale Problematik“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 283) ein.

Obwohl sich die Glaubwürdigkeit der Opfer erhöht und Hilfsmaßnahmen gesteigert haben, ist der sexuelle Missbrauch nach wie vor eine belastende und häufige Erfahrung von Kindern und Jugendlichen. In der Bundesrepublik Deutschland kamen im Jahr 2005 etwa 14.000 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch nach §§176, 176a, 176b StGB strafrechtlich zur Anzeige, allerdings wird durch sozialwissenschaftliche Dunkelfeldstudien, die Dunkelziffer auf 80.000 bis 300.000 Fällen geschätzt. Zudem zeigt die polizeiliche Kriminalstatistik, dass nach einem hohen Anstieg der Anzeigen im Jahr 1997, die Fälle langsam zurückgehen (vgl. Anhang 9.1: Polizeiliche Kriminalstatistik, Tabelle 1 und 2, S. 119, Enders 2003, S. 12). Dunkelfeldstudien meinen dazu, dass das nicht daran liegt, dass weniger Minderjährige sexuell missbraucht werden, sondern an dem demografischen Wandel unserer Zeit, dass die Zahlen der Kinder und Jugendlichen zurückgehen (vgl. Engfer 2005, S. 13).

Der Begriff „Sexueller Missbrauch“ beschreibt die sexuelle Ausbeutung von Minderjährigen durch ältere Kinder/Jugendliche und Erwachsene zu deren eigenen Bedürfnisbefriedigung in Form von sexuellen Handlungen, die gegen den Willen des Opfers durchgeführt werden. Der sexuelle Missbrauch ist sexualisierte Gewalt und findet immer in einen Macht- bzw. Autoritätsgefälle statt, d. h. das Kind oder der Jugendliche ist vom anderen abhängig, zum Beispiel auf ökonomischer oder emotionaler Ebene. Das Opfer kann nicht der Tat zustimmen, da aufgrund des „Entwicklungsstandes wesentliche kognitive Fähigkeiten“ fehlen, „die gesamte Tragweite der sexuellen Handlungen zu überblicken und zu erfassen und damit den sexuellen Handlungen zuzustimmen“ (Wipplinger/Amann 2005, S. 31). Die sexuelle Ausbeutung ist eine strategisch gut geplante (Wiederholungs-)Tat und wird meistens von Personen aus dem näheren Umkreis der Opfer vollzogen. Der sexuelle Missbrauch ist eine Grenzverletzung und ein Vertrauensbruch, der mit einem Geheimhaltungszwang verbunden ist und den Widerstand des Minderjäh-



rigen missachtet (vgl. Deegener 1998, S. 22, 138, Engfer 2002, S. 808, Bange 2003, S.21, Enders 2003, S. 78f, 84f, Wipplinger/Amann 2005, S. 29, 31).

Der sexuelle Missbrauch kann zudem noch in seiner Intensität unterschieden werden, da er von Exhibitionismus über diverse orale, anale, vaginale Praktiken bis zum Geschlechtsverkehr und von der Herstellung von Kinderpornografie bis zur Prostitution gehen kann. Mit einer leichteren Form sind grenzverletzende Handlungen ohne körperlichen Kontakt gemeint, wie Exhibitionismus, sexistische Bemerkungen, das Beobachten des Kindes beim Baden oder Ausziehen oder das Zeigen von sexuellen Darstellungen. Eine Betroffene schildert beispielsweise: „Ja und zwar waren das so Sachen, wenn ich im Badezimmer war, mich irgendwie waschen wollte, Zähneputzen, ja, und was Du als Kind halt so machst. Ja und ich durfte nicht die Tür zumachen, er war sozusagen mein Stamm-/Dauergast. Ich sag jetzt mal ein bisschen ordinär: Er hat mich beglotzt. (Interview Franceska\*, S. 1, Z. 33-36). Ein wenig intensiver Missbrauch ist der Versuch, die Genitalien zu berühren, das Anfassen der Brust oder „sexualisierte Küsse“ (Engfer 2005, S. 12). Simone berichtet dazu: „Er hat mir eben das T-Shirt hochgezogen und hat mich da begripscht und abgeknutscht“ (S. 1, Z. 23f) oder Franceska: „Ja und ich musste ihm dann immer einen Kuss geben und das wollte ich gar nicht und er hat mich dann immer zum Zungenkuss gezwungen“ (S. 2, Z. 42f). Als eine intensive Missbrauchsform wird das Berühren oder Zeigen von Genitalien oder das Masturbieren vor den Täter oder vor dem Opfer beschrieben. Die intensivste Form des sexuellen Missbrauchs ist die versuchte bzw. vollzogene anale, orale oder vaginale Vergewaltigung (vgl. Engfer 2005, S. 12). Betroffene schildern dazu: „Ja und mit 14 ½ Jahren bin ich von ihm anal vergewaltigt worden“ (Franceska, S. 1, Z. 29f) oder „Er hat mich dann aufgeklärt, auf eine ganz ‚praktische‘ Art und Weise“ (Ruth, S. 2, Z. 45).

Der Missbrauch kann über Jahre vollzogen werden oder beinhaltet „nur“ eine einmalige Vergewaltigung. Solche Übergriffe prägen sich in das Bewusstsein des Kindes ein, wirken traumatisierend und entwickeln mit hoher Wahrscheinlichkeit posttraumatische Belastungsstörungen. Auch wenn der sexuelle Missbrauch erst in den letzten Jahrzehnten in das öffentliche Bewusstsein getreten ist, ist er keine Erscheinung unserer Zeit, sondern hat eine jahrtausendelange „Tradition“, was ein historischer Überblick ersichtlich macht.

### **3.1 Historische Dimension des sexuellen Missbrauchs**

„(Der Gott) Enlil sprach zur (Göttin) Ninlil von Beischlaf. Sie will nicht. Meine Vagina ist zu klein. Sie versteht den Beischlaf nicht. Meine Lippen sind zu klein.

---

\* Der vollständige Wortlaut der Interviews ist unter [www.blumhardt-verlag.de](http://www.blumhardt-verlag.de) zu finden.

Sie verstehen nicht zu küssen“ (Deegener 1998, S. 43). Verschiedene Schriften der Sumerer geben bereits vor etwa 5000 Jahren Hinweise von Kinderehen und sexuellen Handlungen zwischen Erwachsenen und Kindern (vgl. Trube-Becker 2005, S. 46). Im Alten Testament wird beispielsweise auch von sexuellem Missbrauch berichtet. Die Erzählung von Lot vor der Zerstörung Sodoms und Gomorra weist deutlich darauf hin. Lot bietet dem wütenden Volk seine Töchter zur Vergewaltigung an (Genesis, 19, 6-8). In den antiken Hochkulturen in Rom und in Griechenland gehörte der sexuelle Kindesmissbrauch an Jungen und Mädchen zum alltäglichen Leben. Die Päderastie, „Knabenliebe“, war sehr verbreitet. In fast jeder Stadt gab es Knabenbordelle und in Athen war die Anmietung eines Jungen per Vertrag nicht unüblich. Viele Kinder arbeiteten in den griechischen Hafenstädten als Prostituierte. In den Städten, wo der homosexuelle Verkehr mit Knaben verboten war, hielten sich die Männer ein Kind als Sklaven. In Rom wurden männliche Säuglinge kastriert, weil der Geschlechtsverkehr mit solchen Kindern als besonders anregend empfunden wurde (vgl. Deegener 1998, S. 43, Trube-Becker 2005, S. 47).

Auch im Christentum waren sexueller Missbrauch, Kinderehen und Vergewaltigungen üblich. Zwar sprach sich die Kirche gegen Ehen zwischen alten Männern und Mädchen aus, aber wenn ein Bischof sich beispielsweise gegen die Heirat aussprach, suchten die „Verlobten“ einen anderen Priester auf, der die Trauung ermöglichte. Kleine Mädchen wurden gegen „Geld und Macht skrupellos als Ehefrauen eingetauscht“ (Trube-Becker 2005, S. 48). Von der Kirche ausgesprochene „Ehehindernisse“, wie eine Heirat unter sieben Jahren, sind von den männlichen Erwachsenen ignoriert worden. Der Übergang von Kindheit zum Erwachsenenalter war mit sieben Jahren festgelegt. Für die Mädchen bedeutete dies, dass sie mit Sieben das gesetzliche Mindestalter für Verlobungen erreicht hatten. Jedoch wurden sie schon meist vorher verlobt bzw. verheiratet, da die vaginale Penetration alle Hindernisse aufgehoben hatte und das Kind somit laut „Ansicht der Kirchenväter“ „reif für die Ehe“ war (ebd., S. 49). Der sexuelle Missbrauch setzte sich weiter fort. Kampagnen oder Gesetze, die die Kinder in Schutz nehmen sollten, führten meist zu keinem Erfolg. Stattdessen wurden Jungen und Mädchen bestraft, wenn sie ihre Genitalien berührten oder onanierten. Erst in der Zeit der Renaissance änderte sich die Einstellung gegenüber Kindern. Kinder waren von nun an keine „kleinen Erwachsenen“ mehr, sondern eigenständige Wesen und nicht das Eigentum der Eltern. Zudem wurde festgestellt, dass sich jeder sexuelle Missbrauch, psychische und körperliche Gewalt tief im Inneren des Kindes festsetzen, um später wieder aufzubrechen. So rückte die Kindheit in das Interesse der Forschung (vgl. ebd., S. 49).

Sigmund Freud entwickelte nach seiner Hospitation in der Salpêtrière und nach unzähligen psychoanalytischen Sitzungen mit „hysterischen“ Frauen seine „Ver-

führungstheorie“. Als er 1896 mit seinen Vortrag „zur Ätiologie der Hysterie“ der damaligen Fachwelt den Zusammenhang von einem realen sexuellen Missbrauch zur Entwicklung von Hysterie darlegte, brach er damit ein gesellschaftliches Tabu. Freud bekam zu seiner These: „Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich – durch die analytische Arbeit reproduzierbar, trotz des Dezennien umfassenden Zeitintervalls – *ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung*, die der frühesten Jugend angehören. Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung, für die Auffindung eines *caput Nili* der Neuropathologie“ (Herman 2003, S. 25) keine Zustimmung von seinen Kollegen. Stattdessen empfing ihn eisiges Schweigen. Aufgrund dessen und der mangelnden Unterstützung des gesellschaftlichen und politischen Umfelds, verwarf er wenige Zeit später seine „Verführungstheorie“ und entwickelte in einer Selbstanalyse nach dem Tod seines Vaters die Theorie des „Ödipus-Komplexes“. Der sexuelle Missbrauch wurde wieder als Fantasie der hysterischen Frauen gedeutet (vgl. Herrman 2003, S. 32, Krutzenbichler 2005, S. 170-172).

Zwar hat sich im Laufe der letzten Jahrhunderte immer mehr herausgestellt, dass die Kindheits- und Jugendphase als besonders schützenswert betrachtet wird, dennoch werden viele Kinder und Jugendliche bis heute Tag für Tag sexuell missbraucht und ausgebeutet. Der sexuelle Missbrauch ist seit einigen Jahren in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt, allerdings kommt es noch immer vor, dass die Glaubwürdigkeit der „Opfer“ angezweifelt und die Realität des sexuellen Missbrauchs an Kindern verleugnet wird, was beispielsweise eine interviewte Frau auch erlebt hat: „Ich hab versucht, da war ich 17/18 Jahre, meiner Mutter das zu sagen. Sie hat mir natürlich nicht geglaubt. Da ist in mir was zerbrochen“ (Franceska, S. 3. Z. 101 -103). Nicht selten bekommen noch heute die Missbrauchsopfer die Schuld an ihrem Missbrauch – „sie hat es doch gewollt“, „selbst schuld, wenn sie sich so aufreizend anzieht“ (vgl. Deegener 1998, S. 49). Zwar wurde die Gesetzeslage reformiert und es kommt jährlich zu Verurteilungen, aber es gibt immer noch viele Mädchen und Jungen, die eine unvorstellbare sexuelle Ausbeutung ertragen müssen und auf keine Hilfe oder Unterstützung stoßen bzw. hoffen können.

In unserer Gesellschaft kann aber kaum erwartet werden, dass ausreichend Maßnahmen gegen die sexuelle Ausbeutung von Jungen und Mädchen getroffen werden, wenn doch die Kinderpornografie und der Sextourismus Millionen von Gewinnen abwerfen. Auch wenn die breite Öffentlichkeit gegen solche „Schreckenstaten“ ist, sind dennoch wenige bereit sich dagegen einzusetzen, weil es sehr viel Kraft, Zeit und Geduld kostet, um dem sexuellen Missbrauch entgegenzuwirken (vgl. Deegener 1998, S. 58, Trube-Becker 2005, S. 55). Diese mangelnde Bereitschaft ist bereits in den Ausbildungen zum Erzieher, Sozialarbeiter, Arzt, Lehrer usw. zu sehen, da dort der sexuelle Missbrauch auch ein Tabuthema ist, ob-

wohl diese Berufsgruppen in ihrem Alltag nicht allzu selten mit Menschen zu tun haben, die solche Ereignisse in ihrer Vergangenheit erlebten bzw. noch in der Gegenwart erleben müssen. Wenn nun die weit zurückgehende historische Dimension des sexuellen Missbrauchs betrachtet wird, tauchen die Fragen nach den vermeintlichen Ursachen der sexuellen Gewalt auf.

### **3.2 Ursachen sexueller Gewalt**

Die Erforschung der Ursachen von sexueller Gewalt löste in der Wissenschaft vielfältige kontroverse Diskussionen aus. Es spielen verschiedene Bedingungen und Ursachen eine Rolle, die einen sexuellen Missbrauch entstehen lassen. Auf Grund dieser Annahme haben sich verschiedene Erklärungsansätze entwickelt, die allerdings meistens die möglichen Bedingungsfaktoren eher einseitig betrachten. Eine „allgemeingültige“ Theorie der Ursachen des sexuellen Missbrauchs ist in der Wissenschaft bis heute nicht vorhanden.

Zu einem gibt es den traditionellen Erklärungsansatz, der von „Triebtätern und verführerischen Opfern“ (Brockhaus/Kolshorn 2005, S. 98) spricht. Dieser Ansatz ist heute noch weit in der öffentlichen Meinung vertreten und die Gesellschaft legitimiert dadurch zum größten Teil die sexuelle Gewalt an Frauen und Mädchen. Hier wird davon ausgegangen, dass die sexuellen Gewalttaten Ausdruck eines stark ausgeprägten Geschlechtstriebes oder sexuellen Notstandes der Männer sind. Nach einer sexuellen Frustration suchen die Männer anderweitig Befriedigung, egal, wer ihr Gegenpart ist. Zudem werden die Missbrauchssituationen individualisiert. Die Täter werden als „Psychopathen“, „Alkoholiker“ und als „asozial“ definiert und der Missbrauch soll ausschließlich in Problemfamilien vorkommen, was sich allerdings nicht als richtig erweist. Die Täter kommen aus allen gesellschaftlichen Schichten und mit verschiedensten Bildungsstatus. Zudem kommt der Missbrauch auch in den „besten“ Familien und vor allem auch außerhalb des Familiensystems im nahen sozialen Umfeld vor. Dieser Ansatz stellt Einzelfälle dar und nicht ein Problem, das auf gesellschaftlicher Ebene stattfindet. Zudem wird die Schuld auf die Opfer geschoben, da sie sich entweder dem Täter verweigert haben oder ihn durch ihre Reize verführten (vgl. ebd., S. 98f, Enders 2003, S. 40f).

Neben diesem traditionellen Ansatz hat sich dazu ein feministischer Erklärungsansatz entwickelt. Dieses Erklärungsmodell nimmt die gesellschaftliche Dimension als zentralen Ursachenfaktor in den Mittelpunkt. Die feministische Blickrichtung entstammt aus der Frauenbewegung der 70er Jahre. Diese wurde später empirisch untersucht und ist mittlerweile in der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion verbreitet (vgl. Brockhaus/Kolshorn 2005, S. 101f). Es geht hier um das Machtgefälle, was zwischen Männern und Frauen bzw. Kindern herrscht, also um den aktuellen Diskurs über die Genderproblematik unserer Gesellschaft.

Sexueller Missbrauch kann als Machtmissbrauch beschrieben werden (vgl. Enders 2003, S. 39). Frauen und Mädchen nehmen in der Gesellschaft immer noch strukturell niedrigere Positionen ein. Selten besetzen sie gesellschaftliche Machtpositionen, wie in der Politik, Wirtschaft, Bildung usw., dadurch werden sie auch weniger wertgeschätzt als Männer. „Die bisher unbewältigten Traditionen der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung fördern Machtverhältnisse in Beziehung, Ehe und Familie, die noch immer zuungunsten der Frau verschoben sind“ (Hollstein 2004, S. 234). Zudem herrscht ein Ungleichgewicht von ideellen und materiellen Handlungsressourcen zwischen beiden Geschlechtern. Ein Abhängigkeitsverhältnis wird beispielsweise mit ökonomischer Abhängigkeit und niedriger sozialer Position gefördert. Dem Mann fällt es aus der daraus resultierenden Ressourcenüberlegenheit leichter sexuelle Gewalt auszuüben, weil die Gegenwehr aufgrund der mangelnden Ressourcen gering ist oder völlig ausbleibt. Des Weiteren halten Männer sich ein „*Eigentums- oder Verfügungsrecht*“ (Brockhaus/Kolshorn 2005, S. 103, vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 292) gegenüber der Sexualität und der Lebenszusammenhänge ihrer Frauen und Kinder vor, worin sich für den Mann oftmals sexuelle Gewalt rechtfertigt. Auch nach der Aufnahme der „Vergewaltigung in der Ehe“ im Strafgesetzbuch bedeutet dieser Tatbestand für manche Männer noch immer die Einholung ihrer „Rechte“ und die Frau muss dabei ihre ehelichen „Pflichten“ erfüllen. Es kommt zur Objektivierung und Verdinglichung des weiblichen Geschlechts, die Frau wird als „Ware“ behandelt. Die Ungleichheit der Ressourcenverteilung zwischen Männern, Frauen und Kindern bietet den Überlegenen die Vorraussetzung sexuelle Gewalt auszuüben. Die Genderungleichheit kann als zentraler Ursachenfaktor dieses Machtphänomens gesehen werden. In diesem Zusammenhang wird Gewalt gegenüber der Frau als Konfliktlösung zugestanden und durch eine traditionelle Rollenverteilung eine gewalttätige Paarbeziehung geprägt wodurch Missbrauchssituationen entstehen (vgl. Hollstein 2004, S. 235, Brockhaus/Kolshorn 2005, S. 103).

Neben dem traditionellen und dem feministischen Ansatz gibt es in der Wissenschaft ein weiteres familiendynamisches Erklärungsmodell. Es wird davon ausgegangen, dass der sexuelle Missbrauch ein „Symptom der Familiendysfunktion, der Zerrüttung und Desorganisation der Familie“ (Enders 2003, S. 36) ist. Es wird eine pathologische Familienstruktur mit tiefgehenden Problemursachen beschrieben. Eine vorhandene Familienkrise löst den Missbrauch aus, wenn der Täter von seiner Partnerin emotional vernachlässigt wird oder eine schlechte „Partnerwahl“ getroffen hat. Der sexuelle Missbrauch dient daher als Spannungsabbau. Zudem wird der Täter bei dem familiendynamischen Erklärungsansatz auch als Opfer gesehen, weil das Missbrauchsopfer jederzeit das „Geheimnis“ verraten könnte und ihn somit unter Druck setzen kann. Der sexuelle Missbrauch findet laut dieser Theorie vor allem in „Problemfamilien“ statt, welche sozial isoliert sind und wo die Mutter-Kind-Beziehung zerrüttet ist und familiäre Spannungen vorherr-

schen. Allerdings wird in diesem Ansatz nicht berücksichtigt, dass die Verhältnisse in den beschriebenen „Problemfamilien“ die Folgeerscheinungen des sexuellen Missbrauchs sind (vgl. ebd., S. 36-38, Fischer/Riedesser 2003, S. 292f).

Der traditionelle, der feministische und familiendynamische Ansatz zeigen ihre Erklärungen eher aus einseitiger Perspektive und können nicht zur Genüge die Ursachen der sexuellen Gewalt erklären. Sie beachten kaum das Zusammenspiel zwischen inneren und äußeren Faktoren, sowie die Interaktion zwischen Täter, Opfer und sozialem Umfeld. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der sexuelle Missbrauch durch verschiedene gesellschaftliche, soziale, familiäre und individuelle Rahmenbedingungen begünstigt wird. Diese verschiedenen Bedingungen werden besonders in den Vorgehensweisen der Täter bei der Planung und Ausführung eines sexuellen Missbrauchs deutlich.

### **3.3 Täter und Opfer des sexuellen Missbrauchs**

Sexuelle Gewalt gegenüber Minderjährigen wird überwiegend von Männern ausgeübt. Jedoch steigt auch die Anzahl der sexuellen Übergriffe durch Kinder und Jugendliche. Die geringere „Beteiligung“ von Frauen am sexuellen Missbrauch kann davon einhergehen, dass weiblichen Personen oftmals mehr Körperkontakt zu Kindern „erlaubt“ wird als Männern und somit der Missbrauch eher verdeckt bleibt. Zudem fühlen sich männliche Jugendliche bei sexuellen Erfahrungen mit älteren Frauen „seltener als Opfer bzw. „missbraucht““ (Engfer 2005, S. 15, vgl. Deegener 1998, S. 61). Laut der polizeilichen Kriminalstatistik von 2005 waren 96,4% männliche und 3,6% weibliche Täter am sexuellen Kindesmissbrauch beteiligt (vgl. Anhang 9.1, Tabelle 3, S. 120).

Missbraucher werden in der öffentlichen Meinung als „Triebtäter“ dargestellt, allerdings sind sie meist der „nette Onkel“ von nebenan. Es sind also Menschen, die völlig normal und unauffällig ihr Leben in allen Schichten unserer Gesellschaft bestreiten. Der Mythos vom „bösen fremden Mann“, der uns schon als Kind eingesuggeriert wurde, bewahrheitet sich in diesem Zusammenhang nicht. Die Personen, die Kinder und Jugendliche sexuell missbrauchen, befinden sich im unmittelbaren Umfeld ihrer „Opfer“: in der Familie oder im näheren familiären Umkreis wie Freunde, Bekannte, Verwandte oder Lehrer, Erzieher usw. Deegener gibt an, dass der Missbrauch an Mädchen durch etwa 25% von fremden Menschen, 25% von Angehörigen und zu 50% von Personen aus dem Bekanntenkreis durchgeführt wird (1998, S. 40f). Bei Jungen kommen die Täter häufiger aus dem außerfamiliären Bereich und der Missbrauch wird hier weniger von Familienangehörigen ausgeführt. Die Missbraucher wirken als sehr sympathische Menschen, denen ein Missbrauch so gut wie nie zugetraut wird. Das liegt daran, dass sich die Täter oftmals mit den Eltern des Kindes anfreunden oder professionell und kom-

petent mit den Kindern arbeiten, beispielsweise als Erzieher, Lehrer, Pfarrer, Kinderarzt, ehrenamtlich Tätige oder angesehene Bürger sind, die Vertrauen und Autorität ausstrahlen. Deshalb fällt es den Opfern meist sehr schwer, sich jemanden anzuvertrauen, der ihnen auch Glauben schenkt (vgl. Enders 2003, S. 70).

Der sexuelle Missbrauch ist kein Phänomen, das plötzlich auftritt und durchgeführt wird, sondern ist eine Handlung, die sorgfältig geplant wurde und mit verschiedenen Strategien verknüpft ist. Die Täterstrategien „richten sich nach außen, um ein Eingreifen von Dritten auszuschließen, gegen das Kind, um sie/ihn gefügig und wehrlos zu machen, und gegen die engsten Vertrauenspersonen des Opfers, damit diese weder den eigenen Wahrnehmungen trauen, noch den Hinweisen des Kindes Glauben schenken“ (ebd., S. 56).

Zu der konkreten Planung gehört die gezielte Auswahl des potentiellen Opfers. Ein „Auswahlkriterium“ sind individuelle Vorlieben des Missbrauchers, im Bezug auf Alter, Geschlecht, Größe, Körperbau, wie beispielsweise ein Mädchen mit blonden langen Haaren und großen blauen Augen. Ein weiteres entscheidendes Kriterium für einen eventuellen Missbrauch ist die geringe Widerstandskraft der Kinder. Der Täter wählt deshalb Mädchen und Jungen aus, die wenig Freunde haben, schüchtern sind, sich ungeliebt fühlen, kaum Zuwendung haben, isoliert leben, emotional vernachlässigt sind, in Armut leben, keine positive Vaterfigur haben, keine Anerkennung, Liebe und Wärme finden, schon einmal sexuell missbraucht wurden und wenig Sozialkontakte haben. Der Täter schlüpft in die Rolle des Trösters, Spielkameraden, Freundes usw. Vor allem Kinder aus belasteten Familien, beispielsweise mit Alkohol- und Drogenmissbrauch, Partnerschaftskonflikten, Gewalt, Vernachlässigung oder übertriebener Strenge sind gefährdet. Auch Mädchen und Jungen aus Familien mit traditioneller Erziehung, in der den Erwachsenen nicht widersprochen werden darf oder wo das Thema Sexualität tabuisiert wird, sind betroffen. Allerdings auch jene, die freundlich, offen und vertrauensvoll auf Mitmenschen zugehen (vgl. Deegener 1998, S. 138, Engfer 2002, S. 811, Enders 2003, S. 63-67, Engfer 2005, S. 14).

Nach der Auswahl des Kindes nimmt der Täter gezielt den Kontakt zu ihm auf. Durch die Erforschung der sozialen Kontakte, „Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Wünsche und Ängste“ (Enders 2003, S. 57) des potenziellen Opfers, eignet sich der Missbraucher beispielsweise für das Kind interessante Hobbys an oder überschüttet es mit Zuneigung und Geschenken und versucht dadurch das Vertrauen zu gewinnen. Nachdem er das Vertrauen des Kindes gewonnen hat, versucht er sich mit der Familie anzufreunden, um sich später weiter mit dem Opfer treffen zu können. Zum Beispiel als Nachhilfelehrer, Musiklehrer, Gruppenleiter, Babysitter usw. Andere suchen wiederum eine gezielte Partnerschaft mit Frauen, die wenig Selbstvertrauen haben und kaum ihre Wünsche und Meinungen

äußern und somit wenig Schutz für das Kind bieten. Bei einem innerfamiliären Missbrauch nutzt der Missbraucher oft Situationen, wo er mit dem Kind alleine ist oder tarnt die Übergriffe als notwendige Pflege, ausgelassenes Spiel, Bestrafung oder als „Aufklärung“. Im außerfamiliären Bereich muss sich der Täter Kontakte und Situationen schaffen, damit er den Missbrauch vollziehen kann.

Wie schon erwähnt, erlangt der Missbraucher Vertrauen zu dem Kind und auch teilweise zu den Eltern, indem er sich um das Mädchen oder den Jungen kümmert, ihm Anerkennung und Freundschaft schenkt. Meist übt er einen pädagogischen, psychosozialen, therapeutischen oder ähnlichen Beruf aus, der ihn in die Nähe des Kindes bringt und durch diverse Zuwendungen, Geschenke usw., versucht er sein Vertrauen zu gewinnen (vgl. Deegener 1998, S. 138, Enders 2003, S. 57-63). Wenn er das erreicht hat, beginnt er die Widerstandsfähigkeit des Opfers auszutesten. Er berührt sie scheinbar zufällig. Das Mädchen oder der Junge werden für körperliche Berührungen desensibilisiert und empfinden diese als „normal“. Wenn der Widerstand des Opfers hoch wäre, würde zu diesem Zeitpunkt der Missbrauch bereits abbrechen. Getarnt in Form von Spielen, Pflegemaßnahmen und Kommentaren werden die Übergriffe immer sexualisierter. Der Täter plant strategisch den Missbrauch in den Alltag des Kindes ein. Er „verführt“ die Opfer, indem er ihnen besondere Attraktivität zuschreibt, Anerkennung und Wertschätzung schenkt, beispielsweise durch Kommentare wie „besser als meine Frau“ oder „du bist die einzige, die mich versteht“. Der Widerstand des Kindes wird ignoriert und seine Wahrnehmung „vernebelt“, indem es für den Missbrauch „kindgerechte“ und plausible Erklärungen erhält, wie „das macht jedes Mädchen mit seinem Vater“, „ich muss dich doch auf Würmer untersuchen“ u. ä. (vgl. Deegener 1998, S. 143f, Enders 2003, S. 68f, 75-83). Eine Betroffene berichtet: „Alles was ich wollte war, dass es aufhört, konnte mich aber auch nicht erwehren und ich denke, er wusste sehr genau, wie er mich bekommt und ich denke auch, dass er sehr genau wusste, wenn er Gewalt angewendet hätte, ich mich auch sofort gesperrt hätte. Er hat halt das alles über Liebe und Bitten und Betteln gemacht und es gab schon Ansätze von mir, mich dagegen zu wehren und zu sagen „ich will nicht!“ und „lass mich!“ und aber es wurde halt nicht gehört. Mein ‚Nein‘ galt halt einfach nicht“ (Ruth, S. 2, Z. 62-67). Der Täter übernimmt immer weiter die Kontrolle über das Kind und isoliert es. Er unterbricht gezielt Kontakte, indem er Unwahrheiten über das Opfer ausspricht oder in einer Familie Mutter und Tochter gegeneinander ausspielt oder das Kind zu allen Arztterminen begleitet und plausible Erklärungen für Verhaltensweisen oder Verletzungen abgibt (vgl. Enders 2003, S. 83f, Herman 2003, S. 141). Der Missbrauch wird zum gemeinsamen Geheimnis erklärt und ein „Schweigegebot“ wird auferlegt. Eine ehemalige Klientin berichtete beispielsweise: „Bevor er mich auf dem Speicher führte, musste ich immer zuerst in sein Zimmer. Er hatte da ein Aquarium mit Piranhas. Er spießte einen Fleischbrocken auf und hielt ihn in das Wasser, die



Fische stürzten sich gierig darauf. Er sagte: ‚Stell Dir vor, dass ist deine Hand‘. Dann gingen wir in den Speicher.“ Die Opfer werden durch körperliche und psychische Gewalt, Drohungen, Schuldzuweisungen, Verleumdung, Erregung von Mitleid, Androhung von Suizid usw. zum Schweigen gebracht (vgl. Deegener 1998, S. 144 -147, Enders 2003, S. 84-95).

Der sexuelle Missbrauch wird viel zu oft auf den bloßen sexuellen Übergriff beschränkt. Ein sexueller Missbrauch ist ein mehrfacher Missbrauch des Kindes (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 287). Neben der körperlichen wirkt sich besonders die psychische Belastung der Mädchen und Jungen auf ihre Psychodynamik erheblich aus.

### **3.4 Dynamik des sexuellen Missbrauchs**

Sexueller Missbrauch von Kindern führt mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Traumatisierung. Eine traumatische Situation ist gegeben, wenn ein Erwachsener das Zärtlichkeitsbedürfnis eines Kindes sexuell ausbeutet (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 287). Dieser massive Eingriff in die Entwicklung des Betroffenen wirkt sich auf die Persönlichkeit und auf das weitere Leben aus. Im Unterschied zu einem Erwachsenen, bei dem ein wiederholtes Trauma eine „bereits geformte Persönlichkeit“ angreift, „prägt und deformiert (das) wiederholte Trauma die Persönlichkeit“ (Herman 2003, S. 135) des Kindes.

Kinder müssen in diesem ambivalenten Beziehungskonstrukt massive Anpassungsleistungen schaffen. Ein Kind muss „sich irgendwie das Vertrauen in Menschen bewahren, die nicht vertrauenswürdig sind; es muß sich einer unsicheren Situation sicher fühlen, darf trotz der angsteinflößenden, unberechenbaren Umgebung die Kontrolle nicht vollkommen verlieren und trotz seiner Hilflosigkeit den Glauben an die eigenen Kräfte nicht aufgeben“ (ebd., S. 135). Der sexuelle Missbrauch erschüttert das Sicherheitsgefühl des Kindes und wirkt sich auf seine Psychodynamik aus. Kinder gehen davon aus, dass das Verhalten der Vertrauensperson ihnen gegenüber verantwortlich und „normal“ ist, aber dennoch spüren sie, dass etwas anders bzw. komisch ist, was ihnen Angst macht und das Vertrauen nimmt (vgl. Enders 2003, S. 129). Das Opfer befindet sich deshalb in einer ambivalenten Situation. Auf der einen Seite freut es sich auf die Zuwendung, Anerkennung, Freundschaft, die Geschenke, die schönen Ausflüge usw. Auf der anderen aber merkt es, dass die Beziehung zu dem Täter nicht „gut“ ist. Das Kind wird sozusagen für altersunangemessene Sexualpraktiken, die es sich über sich ergehen lassen muss, belohnt. Der Betroffene spürt, dass der Widerstand, den er verübt, durch den Missbraucher und auch durch das soziale Umfeld nicht ernstgenommen wird. Der Täter übergeht beispielsweise das ausgesprochene „Nein“ und die soziale Umgebung mahnt das Kind, weil es an Gewicht zunimmt,

um sich für den Missbraucher „unattraktiv“ zu machen (vgl. Deegener 1998, S. 94, Enders 2003, S. 130, Fischer/Riedesser 2003, S. 288, Brockhaus/Kolshorn 2005, S. 106). Das Missbrauchsoffer verliert zunehmend das Vertrauen zu dem Täter, zu sich selbst und in das soziale Umfeld. Es entsteht Misstrauen gegenüber dem Missbraucher und dem familiären Rahmen, die Schutz und Geborgenheit bieten sollten. Das wird besonders gefördert, wenn dem Kind nicht geglaubt wird, wenn es sich offenbart. Wenn der Täter z. B. eine angesehene Persönlichkeit ist und ihm so ein Verbrechen nicht zugetraut wird bzw. er den Missbrauch als Pflege, „normale“ Zärtlichkeiten, Erziehungsmaßnahmen, Bestrafung usw. geschickt „getarnt“ hat. Zudem werden die „stummen“ Hilfeschreie, die sich durch verschiedenste Verhaltensweisen zeigen, wie die vorhin erwähnte Gewichtszunahme, meistens „überhört“ (vgl. Enders 2003, S.130, 134). Das kann wiederum dazu führen, dass der Betroffene das Vertrauen in seine eigene Kraft verliert, da er sich gegen die Übermacht nicht wehren kann. Das Opfer zweifelt teilweise an seiner eigenen Wahrnehmung, ob der Missbrauch nun wirklich geschieht oder die Situation völlig „normal“ ist. Zudem hinterlässt die sexuelle Ausbeutung kaum sichtbare körperliche Spuren und der Täter lässt die Ungewissheit des Kindes noch mehr wachsen, wenn er es beispielsweise im sozialen Umfeld als „verrückt“ erklärt und sich die psychischen Auffälligkeiten, bedingt durch den Missbrauch, zu Nutze macht. Das Kind spürt seine eigene Ohnmacht, es wird von demjenigen ausgebeutet, der es eigentlich beschützen sollte. Es wird zum Objekt der Bedürfnisbefriedigung, das kein Selbstbestimmungsrecht hat und dessen Widerstand solange ignoriert wird, bis er letztendlich bricht. Es fühlt sich wehr- und wertlos und die erlebte Hilflosigkeit entwickelt sich zum Selbstwert- und Selbstachtungsverlust. Das Kind neigt während des Missbrauches in diesen übermächtigen Kontext zu Dissoziation, Gefühlsabspaltung und Verdrängung der Situation. (vgl. Deegener 1998, S. 93, Fischer/Riedesser 2003, S. 289, Enders 2003, S. 142-145, 147, Hermann 2003, S. 142).

Hinzu kommt das „Geheimnis“. Der Täter erklärt den Missbrauch durch psychischen Druck, Drohungen, körperliche Gewalt und Ausnutzung der Abhängigkeit und Loyalität (Enders 2003, S. 133) des Kindes zum „gemeinsamen Geheimnis“. Angst entsteht und wird von Opfern als „zentrales Lebensgefühl“ (ebd., S. 145) beschrieben. Der Geheimhaltungsdruck verdoppelt sich in einem innerfamiliären Missbrauch. Das Missbrauchsoffer will beispielsweise seinen Vater nicht verlieren. Es spürt, welche Konfliktsituation entstehen würde, wenn die Mutter davon wüsste. Des Weiteren können Scham- und Schuldgefühle bei dem Kind entstehen, die durch das „Schweigegebot“ verstärkt werden. Es meint, dass es eine eigene Schuld an der Situation hat, da es dem Täter vertraut, sich über seine Zuneigung gefreut und sich nicht gewehrt hat. Die Betroffenen können oftmals die manipulierenden Strategien des Missbrauchers nicht durchschauen und suchen die Schuld bei sich. Der Täter macht das Kind „mitschuldig“ mit den Aussagen, „du

hast ja nicht nein gesagt“ oder „du hast dich ja nicht gewehrt“. Zudem fühlen sich Missbrauchsoffer schuldig, wenn sich mehrere Opfer gegenseitig missbrauchen mussten. Das Schuldgefühl wird zudem verstärkt, wenn es zur Offenbarung des Missbrauchs kommt und die Umwelt dem Opfer die Hauptschuld an der sexuellen Ausbeute zuschreibt, da es den Täter „verführt“ hat. Die Schuldgefühle werden noch stärker, wenn sich der Betroffene Hilfe bei Dritten geholt hat und es zur Anzeige und eventuellen Verurteilung gekommen ist. Dem Kind wird vorgeworfen, dass es die Familie zerstört hat, weil der Vater durch seine Aussage ins Gefängnis gekommen ist (vgl. Enders 2003, S. 133f, 135-140, Fischer/Riedesser 2003, S. 289, Brockhaus/Kolshorn 2005, S. 108).

Die hinzukommenden Schamgefühle werden vor allem verstärkt, wenn das Opfer Sexualpraktiken ausführen musste, bei denen jeder andere „Nein“ gesagt hätte. Scham ist ein zentrales Thema des sexuellen Missbrauchs, da die Betroffenen vor dem Täter bloßgestellt werden. Sie schämen sich für sich selbst, für den Missbrauch und auch für den Missbraucher, wenn er beispielsweise ihr Vater ist. Zudem ist die Sexualität ein großes Tabuthema in unserer Gesellschaft, so dass die Opfer kaum über die Ereignisse während des Missbrauchs sprechen können. Sie schämen sich über die Erinnerungen an den Missbrauch und können oft bis ins Erwachsenenalter nicht darüber sprechen (vgl. Enders 2003, S. 140-142). Durch die hohe Intensität der Sprachlosigkeit, der Schuld- und Schamgefühle ziehen sich die Betroffenen aus dem sozialen Umfeld zurück und neigen zur Vereinsamung. Die Opfer fühlen sich schlecht und schmutzig, als „der letzte Dreck“ (Deegener 1998, S. 97).

Durch die große Selbstunsicherheit fühlen sie sich im Vergleich zu Gleichaltrigen weniger wert und leistungsfähig. Aus Angst, wieder Opfer eines Missbrauchs zu werden, vermeiden sie Nähe und Geborgenheit. (vgl. ebd., S. 97f). Ein innerfamiliärer Missbrauch wirkt sich erheblich auf die Familiendynamik aus. Der Täter baut die sexuelle Ausbeute systematisch in den Alltag des Kindes ein. Dritte können den Missbrauch teilweise nicht wahrnehmen. Das Opfer versteht diese Vorgehensweise nicht und glaubt, dass das Umfeld ihm nicht helfen will, verliert somit das Vertrauen in die Umgebung und projiziert seine Wut auf sie. Des Weiteren versucht der Missbraucher das Kind von den anderen Familienmitgliedern zu distanzieren, entweder durch Intrigen gegen den Betroffenen oder Dritte. Der Täter spielt beispielsweise die Mutter und die Tochter gegenseitig aus. Die Autorität der Mutter wird untergraben und sie wird entmündigt und gedemütigt, in dem das Kind parentifiziert, wie ein Erwachsener behandelt wird und eine „bessere“ Frau ist als die Mutter (vgl. Enders 2003, S. 150f).

Neben der Mutter-Kind-Beziehung leidet auch die Beziehung zwischen den Geschwistern. Diese bekommen beispielsweise mit, dass die Schwester und der

Vater ein gemeinsames Geheimnis haben und sie vor den anderen Kindern bevorzugt wird. Das Vertrauensverhältnis unter den Geschwistern leidet. Oft fühlen sich aber die anderen Brüder und Schwestern schuldig, da sie das Familienmitglied nicht vor den Übergriffen schützen können. Sehr häufig kommt es vor, dass mehrere Kinder in der Familie parallel oder gemeinsam missbraucht werden. Wenn es die Geschwister nicht wissen, ahnen sie es oft, dass sie nicht die einzigen Opfer sind. Aus Angst und Scham sprechen sie meistens erst Jahre später über das „Geheimnis“ (vgl. ebd., S. 155-157). Eine Betroffene schildert dazu: „Hab mir immer vorgenommen: Du hältst es jetzt durch und aus. Du schaffst das schon irgendwie. Du bist ja bis jetzt ganz gut durchs Leben gekommen, aber auf meine Schwester gebe ich Acht und dann stand sie mit zwölf Jahren in meiner Tür. Und alleine, wie sie da stand und rumdruckte, da klingelte alles – ein Raum voller Wecker und Alarmanlagen und Blaulichter und – ich wusste, was kommen würde, irgendwie habe ich es geahnt, dass war dann der Punkt, da überschlug sich dann ganz viel“ (Ruth S. 4, Z. 126-132). Die vielseitige Dynamik des sexuellen Missbrauchs prägt bzw. wirkt sich auf das Kind aus. Der gravierende Eingriff in die Entwicklung des Betroffenen bewirkt eine Traumatisierung, die Folgen für das gesamte weitere Leben haben kann.

### **3.5 Folgen des sexuellen Missbrauchs**

Der sexuelle Missbrauch bereitet für den Betroffenen in dem entstehenden Beziehungstrauma oft eine subjektiv auswegslose Situation. Dieses spezielle Trauma entwickelt sich vor allem bei einem innerfamiliären Missbrauch, bei dem das Kind durch eine enge Bezugsperson, die ihm eigentlich Schutz und Geborgenheit bieten sollte, unangemessene Beziehungserfahrungen macht (vgl. Fischer/ Riedesser 2003, S. 287, 364). „Das Kind ist ahnungslos, gerät in eine Beziehungsfalle, wird durch körperliche Erregung verwirrt, durch das Angebot einer malignen Kollusion an die heimliche Beziehung fixiert und meist mit einem Sprechverbot belegt, dem mit Belohnung oder Drohung (wie z. B. mit Selbstmord oder Zerstörung der Familie) Nachdruck verliehen wird“ (ebd., S. 287). Das Trauma des sexuellen Missbrauchs wirkt sich stark auf die Bindungsfähigkeit des Menschen aus. Besonders durch innerfamiliäre sexuelle Gewalt, kann die kindliche Entwicklung erheblich beeinträchtigt werden. „Von der Hirnentwicklung bis zu seiner Beziehungsgestaltung, von der Leistungsfähigkeit bis zu Identität“ (Huber 2005, S. 87) wirkt sich der sexuelle Missbrauch aus.

Das Ausmaß der Folgen des sexuellen Missbrauchs hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zu einem von der Art der sexuellen Ausbeute. Praktiken, die mit dem Eindringen in den Körper zu tun haben, gelten als besonders schädlich. Auch der Schweregrad des Missbrauches ist relevant, wenn beispielsweise die sexuelle Gewalt mit körperlichen Misshandlungen verbunden ist. Hinzu kommen noch die

Häufigkeit der Übergriffe und das Alter bzw. der Entwicklungsstand des Kindes. Experten haben folgende „Regel“ aufgestellt: Je jünger das Opfer, desto schwerwiegender sind die Folgen des Missbrauchs. Letztendlich spielen noch der Entwicklungskontext des Kindes in einer Familie, Pflegefamilie oder Heim, die Beziehung zum Täter und der Geheimhaltungsdruck eine Rolle (vgl. Engfer 2002, S. 815, Enders 2003, S. 122, Fischer/Riedesser 2003, S. 288, 297, Egle/Hardt 2005, S. 42).

Die Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs zeigen sich in vielseitigen Symptomen und Erscheinungen. Allerdings ist trotz dieser gravierenden Traumatisierung zu beachten, dass die Wahrnehmung nicht zu einer Reduzierung auf dieses Lebensereignis führt. Jede menschliche Entwicklung wird „durch ganz unterschiedliche Entwicklungsbedingungen und Lebensereignisse beeinflusst“ (Klein/Hundelshausen 2002, S. 10). Der sexuelle Missbrauch soll als Verstehenszugang betrachtet und nicht als monokausales Erklärungsmodell für beispielsweise eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Depression verwendet werden (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 301). Dennoch kann sich eine sexuelle Ausbeutung in der Kindheit und im Jugendalter gravierend auf das weitere spätere Leben auswirken.

Die Wissenschaft unterteilt die Folgen des Missbrauchs in Kurz- und Langzeitfolgen. In der traumatischen Reaktion zeigen sich Kurzzeitfolgen in Form von emotionalen Reaktionen, wie Angst, geringe Selbstwertgefühle, Schuld- und Schamgefühle, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, Dissoziation, Flucht in eine Fantasiewelt und Umdeuten der Ereignisse usw. Auch ein unangemessenes Sexualverhalten zählt zu den Folgen, wie offenes Masturbieren, frühe sexuelle Beziehungen, auffälliges sexualisiertes Verhalten im Sozialkontakt. Weglauf-Tendenzen, Schulschwierigkeiten, Rückzugsverhalten, Isolierung, Hyperaktivität, delinquentes und aggressives Verhalten gehören zu den Kurzzeitfolgen. Hinzu kommen noch somatische und psychosomatische Beschwerden wie Verletzungen im genitalen, analen und oralen Bereich, Frühschwangerschaften, chronische Bauchschmerzen ohne somatischen Befund, Ess- und Schlafstörungen usw. (vgl. Enders 2003, S. 116f, Moggi 2005, S. 214f). Die genannten Kurzzeitfolgen können allerdings auch mit beispielsweise familiären Schwierigkeiten in Verbindung gebracht werden und weisen nicht mit eindeutiger Wahrscheinlichkeit auf einen sexuellen Missbrauch hin. 40% der missbrauchten Kinder und Jugendlichen „verbergen“ den Missbrauch und zeigen keine Auffälligkeiten in ihrem Verhalten (vgl. Finkelhor 1997, S. 124 zit. n. Enders 2003, S. 121).

Ähnlich wie bei den Kurzzeitfolgen gibt es bei den Langzeitfolgen auch keine Erscheinung, welche ausschließlich mit der sexuellen Ausbeute in der Kindheit in Verbindung gebracht werden kann. Allerdings stellt sexuelle Gewalt einen erhöh-

ten Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung dar. Folgen, die sich während des traumatischen Prozesses des sexuellen Kindesmissbrauchs im Erwachsenenalter ausbilden, können sein: Depressionen, Substanzmissbrauch, Essstörungen, sexuelle Störungen, Störungen interpersonaler Beziehungen und Bindungsverhalten, Probleme mit der sozialen Anpassung, z. B. Prostitution, psychosomatische Beschwerden, posttraumatische Belastungsstörung, Veränderungen der Beziehung zum eigenen Körper, wie z. B. Ekelgefühle, emotionale und kognitive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Agoraphobie, dissoziative Störungen usw. Die Symptombildung während bzw. nach einem sexuellen Missbrauch kann auch als „Selbstrettungsversuch“ gesehen werden (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 297, Egle/Hardt 2005, S. 36, Moggi 2005, S. 216, Hausmann 2006, S. 72).

Der sexuelle Missbrauch beeinflusst den Betroffenen ein ganzes Leben lang, allerdings zeigt sich diese Beeinflussung nicht immer in offensichtlichen Krankheiten, sondern in einer unterschweligen Form, die den Betroffenen vielleicht gar nicht bewusst ist. Je nachdem wie die persönliche Bewältigungskompetenz und die Unterstützung durch das soziale Umfeld ausgeprägt sind, fällt es der betroffenen Person leichter oder schwerer, den Missbrauch in ihr Leben zu integrieren und wieder eine gute Lebensqualität zu erreichen. Allerdings kann dieser Prozess erheblich gestört werden, wenn zu der sexuellen Traumatisierung noch die negative Reaktion der Umwelt hinzukommt. Das Kind, der Jugendliche, aber auch später der Erwachsene findet niemanden, mit dem sie über ihre Erfahrungen sprechen können, verschweigen die Ereignisse jahrelang, vereinsamen innerlich und spüren ihre Ohnmacht. Diese wird noch durch unzulängliche Schuldzuweisungen aus dem sozialen Umfeld verstärkt, wenn dem Opfer die Mitschuld an den Missbrauch gegeben wird (vgl. Enders 2003, S. 163f, Moggi 2005, S. 217).

Ein wichtiger Faktor bei dieser gravierenden Traumatisierung ist, wenn das Kind zu dem Missbrauchszeitpunkt sehr jung war. Die Betroffenen verstehen die sexuellen Übergriffe nicht, da sie noch keine ausreichende Lebenserfahrung haben, um die Auswirkungen bewältigen zu können. „Kinder sind in besonderem Maße dem Risiko traumatischer Verletzungen ausgesetzt, da sie noch keine feste Identität haben und nur über ein begrenztes Maß an Bewältigungsstrategien verfügen. Vor allem sehr jungen Opfern sexueller Ausbeutung ist es kaum möglich, das Geschehen zu begreifen, ihre Fähigkeiten zur Realitätsprüfung sind noch nicht ausreichend entwickelt. Ihnen fehlt die Sprache, um die Gewalterfahrungen zu benennen“ (Weiß 1999, S. 43, zit. n. Enders 2003, S. 115). Im Erwachsenenalter zeigen sich dann oft erst die Auswirkungen der „Überlebensmechanismen“ der Kindheit während des sexuellen Missbrauchs. Das sind zum Beispiel die im Kapitel 2 diskutierten dissoziativen Erscheinungen. Wie sich später in den Interviews mit den betroffenen Frauen zeigen wird, ist eine dissoziative Amnesie und das

daraus resultierende jahrelange „Vergessen“ des Missbrauchs keine Ausnahmeerscheinung. Allerdings sind trotz des Nicht-Erinnerns die Auswirkungen der sexuellen Übergriffe im Verhalten bzw. im Leben der Betroffenen fest integriert (vgl. Enders 2003, S. 116). Mehrere Male schildert beispielsweise Franceska während des Interviews, dass sie jetzt Verhaltensweisen verstehen kann, die sie an den Tag legte, nachdem sie sich wieder erinnert hat und eine Therapie machte. Auch die gezielten Strategien der Täter, wie die „Vernebelung“ der Wahrnehmung spiegelt sich oftmals wider, indem die Betroffenen den Missbrauch nicht mehr als solchen wahrnehmen oder ihn uminterpretieren: „Ich dachte meine Eltern sind ganz lieb und nett“ (Franceska, S. 1, Z. 26f).

Schuld- und Schamgefühle sowie Gefühle der Wertlosigkeit spielen auch im Erwachsenenalter noch weiter eine Rolle. Die zerstörte Beziehung zu einer Vertrauensperson im Kindes- bzw. Jugendalter zeigt sich in der Beziehungsgestaltung als Erwachsener wieder. Der Betroffene scheut sich eine feste Bindung einzugehen, meidet diese oder versucht um jeden Preis eine Beziehung aufrechtzuerhalten. Es kann sich auch eine Promiskuität entwickeln, in der mit vielen Personen, wie schnell wechselnden Sexualpartnern, kurzfristige Bindungen eingegangen werden. Im Erwachsenenalter kann es zudem zu erneuten sexuellen Übergriffen kommen, was eventuell zu einer Retraumatisierung führt (vgl. Deegener 1998, S. 107, Huber 2005, S. 101f, Mullen 2005, S. 309f, Hausmann 2006, S. 46). Wie weit reichend und vielschichtig die Folgen des sexuellen Missbrauchs sein können, wird später nochmals in der Interviewauswertung deutlich. Jedoch entwickeln nicht alle sexuell traumatisierten Menschen gravierende Folgeerscheinungen, sofern sie eine hohe Bewältigungskompetenz besitzen und somit den Missbrauch in ihr Leben integrieren können.

### **3.6 Zusammenfassung**

Das Kapitel „Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch“ beschreibt ein Trauma, das frühkindlich oder im Jugendalter ausgelöst wird und den Betroffenen in seiner Entwicklung stört und ihn lebenslang beeinflussen kann. Zwar ist dieses tabuisierte Thema mittlerweile in der öffentlichen Diskussion angekommen, allerdings wird durch mangelnde Aufklärung dem Opfer noch ein Großteil der Schuld zugeschoben, wodurch die Traumatisierung noch weiter verstärkt werden kann. In unserer Gesellschaft herrschen verschiedene „Mythen“ vor, so z. B. dass der Missbrauch nur von „triebgesteuerten“ Männern ausgeübt wird und die Opfer „es doch so wollten“. Dieser weit verbreitete Mythos legitimiert den Missbrauch, begünstigt ihn und bietet den Tätern einen großen „Schutzraum“. Wenn der sexuelle Missbrauch von den Strategien der Täter bis zur Psychodynamik des Opfers betrachtet wird, spiegelt dies die Vielschichtigkeit dieses Traumas deutlich wider. Der Betroffene wächst in einem ambivalenten Beziehungskonstrukt auf,

welches die Bindungsfähigkeit massiv beeinträchtigen kann. Scham-, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit entstehen und beeinflussen das Opfer in seinem Denken, Fühlen und Handeln bis ins Erwachsenenalter hinein. Das Zusammentreffen der Faktoren, der traumatischen sexuellen Erfahrungen, des Verrats, der Stigmatisierung, der Ohnmacht, der Parentifizierung und der verzerrten sozialen Rollenzuweisung sind typisch für einen sexuellen Missbrauch und wirken sich erheblich auf den Betroffenen aus. Der entstehende traumatische Prozess und die Ausbildung von Langzeitfolgen zeitigen Folgen im sozialen, zwischenmenschlichen, beruflichen, psychischen, physischen und sexuellen Bereich. Manche Opfer beginnen ihren unbewussten Bewältigungsprozess direkt im Anschluss an die Traumatisierung, andere hingegen „vergessen“ den Missbrauch. Allerdings kommt ein Mensch im Laufe seines Lebens nicht an der Aufgabe vorbei, dieses Trauma zu bewältigen. Das kann Tage, Monate oder sogar Jahre später sein, wo die Betroffenen bewusst mit dem Prozess der Bewältigung beginnen und sich mit ihrer Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch auseinandersetzen müssen.



## 4 Bewältigung von Traumatisierungen

Die Traumatisierung durch einen sexuellen Missbrauch stellt bei dem betroffenen Menschen ein gravierendes Lebensereignis dar, das die Qualität des weiteren Lebens massiv beeinträchtigen kann. Nach einem erlebten Trauma beginnt für die Betroffenen der schwierige und langwierige Prozess der Bewältigung (Coping) der Geschehnisse. Unter „Bewältigung“ kann aber hier nicht verstanden werden, dass die Nachwirkungen auf das traumatische Erleben vollständig aufgehoben sind, sondern dass der traumatisierte Mensch es schafft, das Trauma so in sein Leben zu integrieren, dass er wieder eine gute Lebensqualität erreicht und ohne ständige Erinnerungen und Belastungen weiterleben kann. Die innere Verletzung bleibt meist lebenslang vorhanden, der Betroffene geht allerdings mit den Auswirkungen anders um (vgl. Hammer 2006, S. 15). Coping bewirkt soviel wie „Einpassung durch Anpassung“ (Assimilation durch Akkommodation) im Rahmen des pragmatischen und/oder kommunikativen Realitätsprinzips“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 364).

Viele Theorien beschäftigen sich eher mit Risikofaktoren, die den Menschen gefährdeter machen, später schwerwiegende Traumafolgen zu entwickeln. Der sexuelle Missbrauch wird oftmals als wichtigster Ursachenfaktor für eine psychische Erkrankung gesehen. Jedoch werden nicht alle sexuell missbrauchten Kinder und Jugendlichen psychisch krank. Sie haben oft verschiedene Ressourcen, so genannte Schutzfaktoren, die sie widerstandsfähiger machen und in ihrem Copingprozess unterstützen. So können sie den Missbrauch in ihr Leben integrieren, ohne dass sie beispielsweise psychische Erkrankungen davon tragen (vgl. Egle/Hardt 2005, S. 21, Hepp 2006, S. 145, 150, Werner 2006, S. 28). Diese Faktoren werden von verschiedenen sozialen, biografischen und individuellen Ressourcen beeinflusst. Beispiele für individuelle und biografische Schutzfaktoren können sein (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 146, Egle/Hardt 2005, S. 30f, 41, Hausmann 2006, S. 77):

- ✓ dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- ✓ verlässliche Unterstützung durch Bezugspersonen
- ✓ Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen, Entlastung der Mutter
- ✓ gutes Ersatzmilieu bei frühem Mutterverlust
- ✓ sicheres Bindungsverhalten
- ✓ robustes, aktives, kontaktfreudiges Temperament
- ✓ überdurchschnittliche Intelligenz
- ✓ positives Selbstkonzept
- ✓ soziale Förderung durch Schule, Jugendgruppe, Kirche usw.

- ✓ spätes Eingehen in „schwer auflösbare Beziehungen“ (Familiengründung)
- ✓ geringe psychosoziale Gesamtbelastung
- ✓ gute körperliche und psychische Gesundheit
- ✓ offene Auseinandersetzung mit dem Trauma.

Neben diesen protektiven Faktoren, die das Kind oder der Jugendliche durch ihre individuelle und biografische Vorerfahrungen bei sich tragen, ist nach einer sexuellen Traumatisierung die soziale Unterstützung von Bedeutung. Für den Betroffenen ist besonders wichtig, dass er die Möglichkeit hat, offen über die traumatischen Ereignisse, seine Emotionen und Belastungen zu sprechen. Er kann somit seine emotionale Stabilität wiedererlangen und sein Selbstwertgefühl stärken. Eine „Wiederherstellung“ seines Weltbildes ist oftmals auch nötig. Die soziale Unterstützung bietet eine erste äußere Sicherheit, bis der Betroffene in der Lage ist, eigene Bewältigungsleistung zu bringen (vgl. Hausmann 2006, S. 78f). Die beschriebenen Schutzfaktoren können einen erheblichen Einfluss auf die Auswirkungen einer Traumatisierung nehmen. Weitere Erklärungspunkte der Wissenschaft dafür, warum nicht jeder Mensch nach einem potentiellen traumatischen Ereignis gravierende Folgen entwickelt, sind die Salutogenese und die Resilienzforschung. Die beiden Forschungsrichtungen stellen ressourcenorientierte Faktoren dar, die den traumatisierten Menschen in seinem Copingprozess beeinflussen.

#### **4.1 Resilienz und Salutogenese**

Etwa 30% der sexuell missbrauchten Kinder und Jugendlichen entwickeln im Erwachsenenalter posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. Maercker 1997, S. 22). Die anderen 70% müssen daher über bestimmte Eigenschaften, Fähigkeiten und Widerstandskräfte verfügen, um das Trauma erfolgreich bewältigen zu können. Manche Menschen sind widerstandsfähiger und belastbarer als andere und können aus einer traumatischen Erfahrung gestärkt hervorgehen. Mit diesen Tatsachen beschäftigen sich die Resilienzforschung und das Salutogenesenmodell von Antonovsky.

Die Erforschung der Resilienz wirft ihren Fokus auf Menschen, die trotz ungünstigen frühkindlichen Belastungen und Erfahrungen keine Auffälligkeiten in der Persönlichkeit und im Verhalten entwickelt haben und ihre psychische und physische Gesundheit erhalten und schützen konnten. „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin 2006, S. 13). Die Resilienzforschung basiert auf den vorhin erwähnten Schutzfaktoren, die bei dem Kind/Jugendlichen selbst, seiner Familie und im Umfeld vorhanden sind und sich wechselseitig be-

einflussen. Hierbei kommen wieder biologische, psychologische und soziokulturelle Faktoren in Frage. Zudem basiert die organische und psychosoziale Widerstandskraft auf verschiedenen Eigenschaften, die den Menschen innerlich stärken: Bewältigungsorientierung, Optimismus, Verlassen der Opferrolle, positives Selbstbild, Entschlossenheit, Akzeptanz, Verantwortung, aktive Zukunftsplanung, Netzwerke und Freundschaften (vgl. Ondracek et al. 2006, 62f). Das persönliche Temperament mit einer überwiegend positiven Grundstimmung spielt auch eine Rolle für die Entwicklung einer Resilienz. Verschiedene kognitive und soziale Kompetenzen, sichere Bindungen zu Bezugspersonen, ein emotional warmes Erziehungsklima, soziale Unterstützung im außerfamiliären Bereich und das Erleben der Sinnhaftigkeit des Lebens tragen zu einer widerstandsfähigen Persönlichkeit bei (vgl. Bengel et al. 2001, S. 63). Neben diesen Schutzfaktoren, die die Resilienz fördern, ist vor allem die subjektive Einstellung und Bewertung gegenüber den Lebens- und Problemsituationen wichtig, was das Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky sehr deutlich widerspiegelt.

Die Sichtweise der Salutogenese (Salus = Unverletztheit, Heil, Glück / Genese = Entstehung) stammt von dem Soziologen Aaron Antonovsky. Er erforschte den Zusammenhang zwischen Stressforschung, Gesundheit und Krankheit unter folgenden Leitfragen: „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“ (Bengel et al. 2001, S. 24). Die Salutogenese beschäftigt sich somit mit der Entstehung von Gesundheit und der Frage, welche Ressourcen Menschen zur Gesunderhaltung zur Verfügung haben. Die Pathogenese hingegen betrachtet die Ursachen der Krankheitsentstehung. Antonovsky entwickelte aufgrund dieser Leitfragen sein Salutogenesemodell, dass aus mehreren Konzepten besteht (vgl. ebd., S. 28, Horsburgh 2005, S. 209, 211):

#### ✓ *Kohärenzgefühl*

Das Kohärenzgefühl bildet den Mittelpunkt des Modells. Kohärenz bedeutet Zusammenhang oder Stimmigkeit. Nach Antonovsky wird der „Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen [...] wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflußgröße bestimmt“ (Bengel et al. 2001, S. 28) und zwar durch die individuelle Weltanschauung und Lebenseinstellung des Menschen. Das Kohärenzgefühl ist somit eine „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der innern und äußern Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;

3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S. 36).

Das eigene Leben und Handeln wird durch diese Grundorientierung als innerlich zusammenhängend erlebt. Das Kohärenzgefühl bedeutet eine Lebenseinstellung und keine spezielle Copingstrategie. Die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit sind die zentralen Komponenten des Kohärenzgefühls (vgl. ebd., 34, 36, Lorenz 2004, S. 37, Hausmann 2006, 79). Unter dem Aspekt der Verstehbarkeit meint Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster, in Form einer subjektiven Bewertung und Probleminterpretation. Der Mensch verarbeitet den Reiz zu einer geordneten, zusammenhängenden und strukturierten Information, um die aktuelle Problemsituation auf kognitiver Ebene erkennen, verstehen, erklären und definieren zu können. Das beschreibt die Fähigkeit des Menschen auch unbekannte Reize zu verarbeiten, um nicht mit Stimuli konfrontiert zu werden, die als chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich interpretiert werden. Es besteht die Überzeugung, dass es für alle Ereignisse eine Erklärung gibt und diese auch für die Zukunft abgeleitet werden können (vgl. Bengel et al. 2001, S. 29, Lorenz 2004, S. 37, Hausmann 2006, S. 79).

Das Gefühl der Handhabbarkeit meint ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster. Der Mensch ist der Überzeugung, dass Probleme und Schwierigkeiten lösbar sind. Er nimmt dafür das Ausmaß der eigenen Ressourcen wahr, die zur Problembewältigung beitragen können. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind solche, die aus eigener Kraft entstehen oder durch andere Vertrauenspersonen und im Umfeld verfügbar sind, wie Partner, Kollegen, Freunde, Gott, Arzt usw. Je höher das Gefühl der Handhabbarkeit ist, desto weniger besteht die Gefahr, dass der Betroffene in die Opferrolle gedrängt wird und sich hilflos fühlt. Es wird hier das Vertrauen in die eigenen Stärken, Fertigkeiten und Fähigkeiten und das Sicherheit gebende soziale Umfeld beschrieben (vgl. Antonovsky 1997, S. 35, Lorenz 2004, S. 37f).

Die dritte Komponente des Kohärenzgefühls ist die Bedeutsamkeit. Die Sinnhaftigkeit weicht vom kognitiven Verarbeitungsmuster ab und beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky 1997, S. 35f). Dieser Aspekt beschreibt die individuelle und grundlegende Lebenseinstellung eines Menschen. Antonovsky sieht diese motivationale Komponente als wichtigste an. Der Mensch sieht das Leben auch in stressreichen und unangenehmen Lebensphasen als lebenswert und betrachtet die Schwierigkeiten als selbstverständlich im menschlichen Dasein. Er nimmt die

Bewältigung der gegebenen Situation als Herausforderung an, um bei der erfolgreichen Bewältigung gestärkt aus dem Ereignis hervorzugehen und das Leben positiv weiter leben zu können. Das Kohärenzgefühl wird besonders von dieser Komponente beeinflusst. Wenn es dem Betroffenen an der Motivation fehlt, ist auch eine starke Ausprägung der Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit für den Bewältigungsprozess nicht ausschlaggebend bzw. hilfreich (vgl. ebd., S. 35f, Bengel et al. 2001, S. 30, Lorenz 2004, S. 38).

Durch ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl kann ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren. Je schlechter es ausgebildet ist, desto weniger Ressourcen kann der Betroffene zur Bewältigung von Ereignissen einsetzen. „Der Mensch vermag unter Rückgriff auf seine Potenziale und Ressourcen die Welt als in sich geordnet, erklärbar, wie verständlich zu betrachten, die Klärung von Problemen und die Lebensaufgaben als lösbar anzunehmen sowie die Anstrengungen zur Gestaltung des Lebens als sinnvoll für sich zu definieren, um engagiert seine Zukunftsentwürfe zu verwirklichen“ (Lorenz 2004, S. 38). Durch ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl hat der Mensch die Möglichkeit aufgrund seiner Ressourcen vielfältige Copingstrategien sinnvoll und verantwortungsbewusst anzuwenden. Das Zusammenhangsgefühl entwickelt sich im Laufe der Kindheit und im Jugendalter. Die Entwicklung wird von den verschiedenen Erfahrungen, gesellschaftlichen, kulturellen, sozialen Einflüssen und Gegebenheiten in diesen Lebensabschnitten geprägt. Für Antonovsky stabilisiert sich das Kohärenzgefühl im 30. Lebensjahr und ist dann noch kaum veränderbar (vgl. Bengel et al. 2001, S. 30f). Ein weiteres Konzept des Salutogenesemodells sind die Stressoren und Spannungszustände.

#### ✓ *Stressoren und Spannungszustände*

Für Antonovsky sind Stressoren eine von innen oder außen ankommende Anforderung, die immer wieder im menschlichen Leben auftritt und das Gleichgewicht des Menschen stört. Da durch die Anforderungen für den Betroffenen nicht immer unmittelbar Handlungsstrategien zur Wiederherstellung des Gleichgewichts zur Verfügung stehen, entsteht bei diesem ein innerer Spannungszustand. Der Mensch weiß im Moment nicht mit seiner Situation umzugehen. Reaktionsauslösende Stressoren können zum Beispiel ein Unfall, eine traumatische Erfahrung, intrapsychische Konflikte, Angst vor Aggressionen, Krisen usw. sein (vgl. Bengel et al. 2001, S. 32f, Horsburgh 2005, S. 211-213). Die Hauptaufgabe für das Individuum besteht dann darin, den durch den Stressor ausgelösten Spannungszustand auszugleichen. Wenn die Bewältigung gelingt, hat das für den Menschen eine fördernde Wirkung. Bei Misslingen der Wiederherstellung des Gleichgewichts entstehen für die Betroffenen Stress und belastende Situationen, die ihn allerdings nicht zwangsläufig krank machen müssen, aber zu einem späteren Zeitpunkt eine positive Wirkung erzielen können (vgl. Antonovsky 1997, S. 126,

Bengel et al. 2001, S. 33, Horsburg, 2005, S. 213). Bevor der Mensch mit der Gleichgewichtswiederherstellung beginnt, beurteilt er die Stressoren nach ihrer Relevanz und ob eine Ressourcenaktivierung notwendig ist. Je nachdem das Kohärenzgefühl bei einem Betroffenen ausgebildet ist, werden die Spannungsauslöser bewertet. Die Stressoren können als neutral, irrelevant, bedrohlich oder günstig beurteilt werden (vgl. Bengel et al. 2001, S. 33). Der Spannungsabbau wird von Faktoren, die generalisierte Widerstandsressourcen heißen, beeinflusst.

✓ *generalisierte Widerstandsressourcen*

„Unter *generalisierten* Widerstandsressourcen versteht Antonovsky ein Wirksamwerden von spezifischen Ressourcen in allen Lebenslagen, die die *Widerstandsfähigkeit* des Menschen im Sinne einer Spannungsbewältigung verbessern helfen“ (Lorenz 2004, S. 34). Verschiedene Eigenschaften einer Person oder die des Umfeldes unterstützen den Betroffenen bei einer erfolgreichen Bewältigung von Spannungszuständen. Für Antonovsky zählen folgende individuelle, soziale und kulturelle Faktoren zu den generalisierten Widerstandsressourcen, die einen Spannungszustand zu reduzieren helfen: materielle Ressourcen; Wissen und Intelligenz; Ich-Identität; rationale, flexible, vorausschauende Bewältigungsstrategien; sozialer Rückhalt und Bindungen; kulturelle Stabilität und Verbundenheit; Religion und Philosophie; Orientierung auf gesundheitliche Prävention; genetische Widerstandsfähigkeit; guter Gesundheitszustand usw. (vgl. Horsburg, 2005, S. 212f). Je ausgeprägter und stabiler die Vielfältigkeit dieser Ressourcen ist, desto widerstandsfähiger ist der Mensch. Durch die daraus resultierende Lebenserfahrung wird das Kohärenzgefühl gestärkt.

✓ *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*

Antonovsky kritisierte die rigide Trennung der Medizin in „gesund“ und „krank“. Er setzt ihr ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gegenüber, das aussagt, dass kein Mensch völlige Gesundheit bzw. Krankheit erreicht. Eine Person, die sich als absolut krank erlebt, hat auch noch gesunde Teile im Körper, und ein Mensch, der sich als gesund erlebt, hat kranke Anteile im Organismus. Antonovsky fragt jeweils, wie weit der Betroffene vom Endpunkt Gesundheit oder Krankheit entfernt ist (vgl. Bengel et al. 2001, S. 32).

Die vier einzeln beschriebenen Konzeptelemente – Kohärenzgefühl, Stressoren und Spannungszustände, generalisierte Widerstandsressourcen und Gesundheits-Krankheits-Kontinuum – beeinflussen sich gegenseitig im Salutogenesemodell. Der zentrale Mittelpunkt des Modells ist das Kohärenzgefühl, das aufgrund von Lebenserfahrungen geformt und wiederum durch vorhandene Widerstandsressourcen ermöglicht wird. Generalisierte Widerstandsressourcen bilden sich durch den soziokulturellen und historischen Kontext, Erziehungsmuster, soziale Rollen, persönliche Einstellungen und zufälligen Ereignissen aus. Wenn nun Stressoren

auftreten, können diese durch die vom Kohärenzgefühl aktivierten Ressourcen gemindert werden oder es entstehen Spannungszustände. Wenn die Spannung dennoch erfolgreich bewältigt wird, kommt es zu einer Stärkung des Zusammenhangsgefühls und der Mensch bewegt sich auf den Endpunkt der Gesundheit im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu. Bei einer Nichtbewältigung entsteht für den Betroffenen Stress und er nähert sich dem Krankheitsendpunkt (vgl. Bengel et al. 2001, S. 35f, Horsburg, 2005, S. 212, 215). Die positive innere Einstellung und die verschiedenen Ressourcen des Menschen gegenüber stressreichen Ereignissen wie einer Traumatisierung, sind ausschlaggebend für die Bewältigung und Integration eines Traumas in den weiteren Lebensverlauf. Im Gegensatz zum Konzept der erlernten Hilflosigkeit, wo Entmutigung zur vordergründigen Lebenseinstellung gehört, bietet ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl die Chance, widerstandsfähiger und besser mit Traumatisierungen umzugehen und effektive Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln. Wie ein Mensch mit Stress umgeht, diesen bewertet und bewältigt, beschreibt das transaktionale Stressmodell von Richard S. Lazarus. Diese Stressbewältigungstheorie bietet einen Perspektivwechsel von der Belastung zum Bewältigungsprozess und beeinflusste auch das Modell der Salutogenese.

## **4.2 Stress und Coping**

Die traumatische Situation ist für den betroffenen Menschen eine Stresssituation, in der alle seine momentanen Bewältigungsversuche überfordert sind. Für Richard S. Lazarus bedeuten Stressreaktionen Transaktionen zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Warum ein Mensch Stress verspürt - dafür liegen die Gründe in verschiedene Situationsfaktoren und vor allem in seiner individuellen kognitiven Verarbeitung. In seinem „transaktionalen Stressmodell“ geht Lazarus davon aus, dass sich der Mensch ständig mit seiner Umwelt auseinandersetzt und sie kognitiv bewertet. „Kognitive Bewertung kann einfach als der mentale Vorgang verstanden werden, jedes Ereignis in eine von einer Reihe von Bewertungskategorien einzuordnen, die sich entweder auf die Bedeutung des Ereignisses für das Wohlbefinden der Person beziehen (primäre Bewertung) oder auf die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten (sekundäre Bewertung)“ (Lazarus/Launier 1981, S. 233).

Durch den individuellen Bewertungsvorgang lässt sich erklären, warum Menschen auf bestimmte Reize emotionale Reaktionen zeigen, während bei anderen Personen kein Stress verursacht wird. Die Bedeutung der Stimuli für ein Individuum ist für die Stressreaktion entscheidend (vgl. Krohne 1997, S. 268, Schulz 2005, S. 228). Die primäre Bewertung stellt eine Informationsverarbeitung dar. Die Person nimmt den stressauslösenden Reiz wahr und bewertet ihn, ob er irrelevant, günstig/positiv oder für ihn relevant in Form einer Bedrohung, Herausforderung oder

Verlust ist. Die Bewertungsfaktoren stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander. Irrelevant ist ein Stimulus, wenn er keine Auswirkungen auf das momentane Wohlbefinden, die Zielverpflichtungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen hat (vgl. Lazarus/Launier 1981, 233, Lazarus 2005, S. 236). Allerdings kann sich die Auswirkung des Reizes ändern und wird deshalb immer wieder reflektiert, bis der Betreffende darauf reagieren muss. Die Bewertung günstig/positiv bedeutet für den Menschen, dass er ein Gefühl der Sicherheit hat und sich die Situation positiv darstellt. Er verspürt beispielsweise Emotionen wie Freude, Liebe, Heiterkeit usw. Allerdings bleiben diese Gefühle nicht immer konstant und der Betreffende versucht durch verschiedene Handlungen, den Zustand aufrecht zu erhalten und eventuell zu verbessern. Wenn das nicht erreicht wird, kann die Situation bedrohlich werden. Ein Stimulus stellt eine Bedrohung dar, wenn die Situation eine Schädigung oder einen Verlust hervorrufen könnte. Relevant ist ein Reiz auch, wenn der Schaden oder die Verlusterfahrung bereits eingetreten ist. Die dritte Bewertung für einen relevanten Stimulus ist die Herausforderung. Die betroffene Person versucht ihre Bewältigungsressourcen einzuschätzen und die Umweltsituation zu überwinden, um später einen positiven Nutzen daraus zu ziehen (vgl. Lazarus/Launier 1981, S. 234-236).

Der auslösende Reiz wird durch die kognitive Verarbeitung bewertet. Wenn er Aufmerksamkeit verdient, da er Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Menschen hat, löst er entsprechende Reaktionen aus. Eine weitere Form des kognitiven Vorgangs ist die sekundäre Bewertung. Diese stellt wiederum eine Ressourcenabschätzung bei einem Menschen dar, indem individuelle Möglichkeiten und Fähigkeiten der Bewältigung eingeschätzt werden. Die Abschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten stellt den zentralen kognitiven Vorgang der Bewertung der Stressauslöser und der darauf folgenden Reaktion dar. Zu einem ist dieser Schritt zum Entwurf und zur Gestaltung der Copingmaßnahmen der unter Stress stehenden Person und zum anderen für die Ausbildung der primären Bewertung wichtig. Beispielsweise wird ein Reiz weniger bedrohlich wahrgenommen, wenn die Person bereits ähnliche Erfahrungen gemacht hat und diese erfolgreich bewältigte. Die beiden Bewertungstypen stehen somit in einer Wechselbeziehung zueinander (vgl. ebd., S. 238, Krohne 1997, S. 268, Lazarus 2005, S. 238). Zudem finden die beschriebenen Prozesse „kontinuierlich statt“ und sind „dem Individuum nicht notwendigerweise bewusst“ (Schulz 2005, S. 222). Zu der stressreichen Situation, die sich für den Betroffenen ergeben hat, kommen immer wieder neue Informationen hinzu, die Reflexionen zulassen und die Umweltsituation neu beurteilen. Gefühle und Stresseemotionen wandeln sich somit durch eine veränderte Person-Umwelt-Transaktion. Die defensive Neubewertung wird durch aktives Eingreifen in die Situation oder durch innerpsychische Vorgänge bewirkt (vgl. Lazarus/Launier 1981, S. 240f, Krohne 1997, S. 268f). Eine potentiell traumatische Situation muss auf einen Menschen nicht traumatisierend wirken, da sie



von seinen individuellen Bewertungsvorgängen, dem Bewältigungsprozess und von der sozialen Unterstützung abhängig sind.

### 4.3 Bewältigungsprozesse

In der Bewältigungsforschung wird davon ausgegangen, dass die jeweilige Art der Bewältigung des stressreichen Ereignisses höhere Auswirkungen auf die Lebenseinstellung, soziale Anpassungen und auf Gesundheit oder Krankheit hat als das Trauma selbst (vgl. Lazarus/Launier 1981, S. 241, Schulz 2005, S. 228). Lazarus und Folkman definieren prozessorientierte Bewältigung „als fortwährend sich wandelnde kognitive und verhaltensbezogene Anstrengungen zur Handhabung bestimmter externer und/oder interner Anforderungen, die vom Betroffenen als seine Ressourcen belastend oder überlastend bewertet werden“ (Lazarus/Folkman 1984, S. 141, zit. n. Lazarus 2005, S. 239f). Unter Coping wird also die Bemühung verstanden, mit psychischer Belastung zurechtzukommen, die während problematischer oder neuartiger Situationen auftritt. Lazarus benennt hierbei fünf Hauptaufgaben der Bewältigung (vgl. Krohne 1997, S. 269):

- Einfluss schädigender Umweltbedingungen reduzieren und Aussicht auf Erholung schaffen
- Negative Ereignisse oder Umstände tolerieren und sich anpassen
- Positives Selbstbild aufrechterhalten
- Emotionales Gleichgewicht sichern
- Befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen fortsetzen.

Unter Coping werden emotions- und problembezogene Bewältigungsprozesse verstanden. Instrumentell bzw. problemfokussiert ist ein Copingvorgang, wenn sich der Betroffene direkt mit der Bedingung befasst, von der die Bedrohung, Schädigung oder Herausforderung ausgeht. Die Bewältigung ist auf den Faktor gerichtet, der für die Störung der Person-Umwelt-Beziehung als verantwortlich bewertet wird. Coping bezieht sich auf die Person selbst oder auf seine Umwelt bzw. auf beide Faktoren gleichzeitig. Durch die Veränderung des Auslösefaktors werden ein Stressabbau und eine emotionale Kontrolle bewirkt und es kommt zu einem Anpassungsprozess mit Hilfe der Akkommodation oder Assimilation. Bei der Akkommodation verändert der Betroffene bei sich „kognitive Schemata oder Handlungen, um sich den Merkmalen oder Erfordernissen der äußeren Gegebenheiten anzupassen, während bei der Assimilation die Umwelt verändert oder internen Schemata und Bedürfnissen angepaßt wird“ (Lazarus/Launier 1981, S. 248, vgl. Krohne 1997, S. 269, Lazarus 2005, S. 242). Unter dem palliativen bzw. emotionszentrierten Copingprozess wird eine Regulierung der Emotionen verstanden, ohne sich mit der eigentlichen Ursache auseinandersetzen zu müssen. Die mit der Stresssituation verbundenen Gefühle werden gesteuert, wenn der

Betroffene beispielsweise nicht über die Bedrohung nachdenkt oder die Situation neu bewertet, ohne sich selbst zu verändern. Die Emotionenregulierung stellt einen äußerst wichtigen Prozess dar, da starke Emotionen sehr schmerzlich sind, den Anpassungsprozess überlagern und psychologischen Stress bedeuten. Letzteres meint beispielsweise die erhöhte Stresshormonausschüttung während bzw. nach einem Trauma, die die betroffene Person physiologisch in einen Übererregteitszustand bringt, der auch von längerer Dauer sein kann. Der Betroffene muss wieder ein stabiles inneres Milieu herstellen, um mit dem Anpassungsprozess beginnen zu können (vgl. Lazarus/Launier 1981, S. 249f, Lazarus 2005, S. 242).

Lazarus und Folkman gehen davon aus, dass es fünf verschiedene Möglichkeiten der Copingreaktion gibt, die sowohl problemlösende, wie emotionsregulierende Funktionen erfüllen können. Zu einem sucht sich der Betroffene Informationen, wodurch er ein besseres Verständnis für das Trauma erhält und auf dieser Grundlage entsprechende Bewältigungsstrategien auswählt oder die Situation neu bewertet. In der Verhaltensweise der direkten Aktion versucht die betreffende Person durch Copingstrategien, die belastenden Erlebnisse zu kontrollieren. Diese Bewältigungsreaktion kann versuchen, die belastende Vergangenheit erträglich zu machen, sich selbst oder die Umwelt zu verändern, aber auch in der Zukunft vorzubeugen. Eine weitere Reaktion auf das belastende Ereignis kann auch die Unterlassung von Handlungen sein.

Intrapsychische Bewältigungsformen sind kognitive Prozesse, die eine Emotionsregulation ermöglichen wie eine Neubewertung oder Umdeutung, Abwehr und Vermeidung der Ereignisse. Auch das aktive Suchen nach sozialen Unterstützungsmöglichkeiten gehört zu den Copingreaktionen (vgl. Lazarus/ Launier 1981, S. 252f, Krohne 1997, S. 269, Bengel et al. 2001, S. 60). Die Auswahl der Copingstrategien wird ähnlich wie bei der kognitiven Bewertung von situativen und personalen Faktoren beeinflusst. Der situative Kontext bestimmt anhand der vorliegenden Umweltbedingungen die Bewältigungsform des Betroffenen. Wenn ein Kind weiß, dass es mit seinem missbrauchenden Vater alleine zu Hause ist, verwendet es beispielsweise eine direkte Copingaktion, um dem Missbrauch vorzubeugen, indem es sich im Zimmer einsperrt oder wegläuft (vgl. Krohne 1997, S. 269). Die Auswahl der Bewältigungsstrategien hängt zudem von dem Informationsstand ab, über den die Person verfügt. Wenn der Betroffene nicht weiß, wann und welche Schädigung eintritt und welche Folgen sie haben wird, kann er kaum etwas unternehmen. Das kann zum Beispiel zu einem Vermeidungsverhalten führen, wenn ein Kind von der Schule fern bleibt, da es dort sexuelle Gewalt durch seine Mitschüler erleben musste und einen weiteren Übergriff vermeiden möchte. Wenn der Grad der Bedrohung steigt, kann sich der Betroffene immer unkontrollierter verhalten, beispielsweise panisch reagieren, wodurch seine anderen Copingstrategien blockiert werden. Zudem spielt die Hilflosigkeit eines Menschen

eine große Rolle. Je größer die gefühlte Hilflosigkeit und die Hoffnungslosigkeit sind, desto geringer wird die Möglichkeit, dass der Betroffene für sich effektive Strategien entwickelt (vgl. Lazarus/Launier 1981, S. 255-257, Krohne 1997, S. 269f).

Wie bereits erwähnt, wirkt sich die Entwicklung und Anwendung von Copingstrategien mehr auf die Gesundheit des Betroffenen aus als die Stresssituation selbst. Ein Gesundheitsrisiko kann entstehen, wenn trotz der Bewältigungsmaßnahmen die Belastung nicht abgemildert werden kann. Es gibt auch die Möglichkeit, dass durch die gewählten Copingstrategien weitere Probleme für den Menschen entstehen wie Selbstverletzungen, Essstörungen, Weglaufen von zu Hause usw. Zudem kann es sein, dass sich der Betroffene nur noch auf die Auswirkungen der inadäquaten Bewältigungsmechanismen konzentriert anstatt auf das ursprüngliche Problem, welches den Stress ausgelöst hat (vgl. Schulz 2005, S. 228). Der Mensch bildet verschiedene Formen der Bewältigung aufgrund seiner vorhandenen Ressourcen aus. Die Copingstrategien zeigen sich bei jeder Person individuell unterschiedlich, beziehen sich auf die jeweilige Situation und den vorhandenen Kontext und werden flexibel eingesetzt.

#### **4.4 Coping bei sexuellem Missbrauch**

Problem- und emotionsfokussierte Copingstrategien treten in Form von Informationssuche, direkter Aktion, Aktionshemmung, intrapsychischer Bewältigung und der Suche nach sozialer Unterstützung auf. Die Bewältigungsmechanismen entwickeln sich aus individuellen und/oder sozialen Ressourcen, die dem Betroffenen zur Verfügung stehen. Eine individuelle Copingstrategie entspricht den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen, die zur Problemlösung eingesetzt werden. Wie schon erwähnt, können diese allerdings auch nicht effektiv sein und sogar noch weitere Krankheiten und Belastungen hervorrufen. Zudem kann das soziale Umfeld wie Familie, Partner, Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn usw. unterstützend im Bewältigungsprozess wirken (vgl. Ondracek et al. 2006, S. 56).

Die Copingstrategien, die Kinder bzw. Jugendliche während eines sexuellen Missbrauches anwenden, werden teilweise auch „Überlebensstrategien“ genannt und setzen sich in den Copingstrategien im Erwachsenenalter fort. Die Strategien, die Betroffene entwickelt haben, um die meist wiederholende sexuelle Ausbeutung zu bewältigen bzw. zu „überleben“, spiegeln sich später in verschiedensten Verhaltensweisen und Folgeerscheinungen des Missbrauchs wider. Einige Bewältigungsmechanismen während der Zeit der sexuellen Ausbeute entwickeln sich zu den Stärken des Opfers, andere wiederum können selbstschädigende Wirkungen haben (vgl. Bass/Davis 2001, S. 34). Copingstrategien können sich in kognitiver oder emotionaler Form darstellen, zeigen sich sehr vielseitig und haben auf län-

gerfristige Sicht gesehen positive oder negative Auswirkungen für den Betroffenen. „Die vielleicht riskanteste Copingstrategie, die ein Opfer anwenden kann, ist die bewusste Anstrengung die Realität, die geschah, zu verneinen oder zu vermeiden“ (Spaccarelli/Fuchs 2005, S. 352).

Es wird vermutet, dass durch die Umdeutung der Wirklichkeit das Risiko einer psychischen Störung ansteigt. Der Betroffene bewertet den Missbrauch auf kognitiver Ebene und interpretiert in um, indem er die sexuelle Gewalt rationalisiert oder verharmlost. Das Opfer „vergisst“ den sexuellen Missbrauch oder macht ihn ungeschehen, indem es die Vorfälle ignoriert bzw. so lange darüber schweigt, bis die Erinnerungen „vergessen“ werden. Hinzu kommen noch die verschiedensten Formen der Dissoziation, die das Kind, der Jugendliche oder der Erwachsene „anwenden“ (vgl. Bass/Davis 2001, S. 34-37, Klein/Hundelshausen 2002, S. 20, Spaccarelli/Fuchs 2005, S. 352). Des Weiteren versucht der Betroffene sein Lebensumfeld zu kontrollieren und entwickelt eine erhöhte Wachsamkeit, um Anzeichen für einen weiteren Missbrauch zu spüren. Wenn der Vater zum Beispiel alkoholisiert nach Hause kommt und das Kind weiß, dass dieser seine Frustration an ihm auslässt (vgl. Bass/Davis 2001, S. 40, Ondracek et al. 2006, S. 56). Eine Copingstrategie ist auch das bewusste Verleugnen des Missbrauchs. Der Betroffene versucht seine Familie zu schützen, da er Angst hat, dass sie auseinander bricht, wenn die sexuelle Gewalt aufgedeckt wird. Weitere Beispiele für Überlebensstrategien sind Entwicklung von Suchtverhalten, Selbstverletzungen und Essstörungen, um sich zu isolieren, sich selbst wieder zu spüren oder sich für den Missbraucher unattraktiv zu machen. Hinzu kommen noch Suizidalität, Weglauftendenzen, Humor, aggressives oder delinquentes Verhalten, Vermeidung von Nähe, soziale Isolation, Selbstmitleid, zwanghaftes Suchen oder Vermeiden von Sexualität, Leistungsorientierung, Religiosität usw. als Copingstrategien, die auch noch weit nach dem sexuellen Missbrauch von den Betroffenen angewendet werden (vgl. Bass/Davis 2001, S. 41-48, Klein/Hundelshausen 2002, S. 20, Ondracek et al. 2006, S. 56). Die verschiedenen Bewältigungsstrategien, die nach einem sexuellen Missbrauch entwickelt werden, beeinflussen wesentlich die Anpassung des Missbrauchs in den weiteren Lebensverlauf. Die entwickelten Copingstrategien zielen darauf hin, dass die Stressquelle, also der sexuelle Missbrauch, durch planvolles Handeln oder aber durch bewusstes Vermeiden beeinflusst wird. Das kann hier beispielsweise die Suche nach sozialer Unterstützung sein, die den Missbrauch glaubt und das Kind dabei unterstützt, dass dieser beendet wird. Zum anderen soll die Stresswahrnehmung beeinflusst werden, indem sich der Betroffene Informationen über den sexuellen Missbrauch verschafft. Allerdings gelingt die Beeinflussung auch wieder in der defensiven Weise des Verleugnens, Ignorierens oder Ausblendens (vgl. Schulz 2005, S. 230f). Eine weitere Rolle im Copingprozess spielt die Bewertung des sexuellen Missbrauchs. Negative Bewertungen wirken sich nachteilig auf die Bewältigung aus: wenn der

Betroffene sich selbst negativ bewertet, sich die Schuld an den Missbrauch gibt und diese Haltung auch noch vom Umfeld „bestätigt“ bekommt. Eine gegenteilige Bewertung, dass die Tat nur die Schuld des Täters war, wirkt sich produktiv auf den weiteren Copingprozess aus (vgl. ebd., S. 231, Spaccarelli/Fuchs 2005, S.345-351, Ondracek et al. 2006, S. 59).

Weitere Bewältigungsstrategien zielen auf die individuelle Stressreaktion selbst ab wie Angst, Wut, Ärger, Schuld, Depression usw. Coping kann mit Hilfe von Entspannungsübungen, Yoga, sportlicher Betätigung, Malen, Meditation, Freizeitaktivitäten, Lesen, Musik hören, Freunde treffen, Reden, aber auch durch destruktive Maßnahmen, wie Fernsehen, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum, Selbstverletzungen, Essstörungen bewirkt werden (Schulz 2005, S. 232, Ondracek et al. 2006, S. 58f). Weitere Bewältigungsstrategien zielen auf die emotionale Entlastung ab. Durch das Ausdrücken, Abreagieren und Mitteilen der Emotionen wird der Betroffene entlastet. „Das Sich-Aussprechen mit anderen Menschen wirkt befreiend und entlastend. Hat man keinen Gesprächspartner, kann man stressbezogene Gedanken auch aufschreiben“ (Schulz, 2005, S. 232). Das defensive Coping bewirkt die Kontrolle oder die Unterdrückung der Emotionen, indem das Kind, der Jugendliche oder Erwachsene keinerlei Auffälligkeiten durch den Missbrauch in der Öffentlichkeit zeigt. Die verschiedenen Copingformen sollen den Betroffenen vor Reizüberflutung schützen, die durch den direkten Missbrauch oder Jahre später durch das Wiedererinnern ausgelöst werden. Zudem sind sie behilflich, die Ereignisse neu zu ordnen und zu interpretieren, um diese in ihr Leben zu integrieren und somit mit einer wiedergewonnenen guten Lebensqualität weiterleben zu können.

#### **4.5 Zusammenfassung**

Das Kapitel „Bewältigung von Traumatisierungen“ beschreibt verschiedene Erklärungsmodelle, warum es Menschen gibt, die Stress und Traumata verarbeiten, ohne später gravierende Folgeerkrankungen nach einem sexuellen Missbrauch davonzutragen. Durch zahlreiche Schutzfaktoren, ein hohes Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) sowie individuelle Bewertung der stressauslösenden Situation und der vorhandenen Bewältigungsressourcen werden Copingprozesse unterstützt. Der Betroffene entwickelt ein problemfokussiertes Coping, was auf die Ursachenbewältigung abzielt, oder eine emotionsfokussierte Bewältigungsstrategie, welche die Emotionen reguliert, unabhängig von der Ursache. Sexuell missbrauchte Menschen entwickeln vielseitige und unterschiedliche Copingstrategien. Diese können schon während des Missbrauchs selbst entstehen und beeinflussen das Verhalten im Leben „danach“ bis zur Aufarbeitung des Traumas. Bewältigungsstrategien können produktiv sein, aber auch den Menschen noch weiter schädigen. Wie individuell Betroffene auf einen sexuellen

Missbrauch reagieren, welche Copingstrategien sie entwickeln und welche Auswirkungen ihr Trauma und ihr Bewältigungsprozess auf das Leben hat, zeigt die anschließende Auswertung der fünf Interviews mit betroffenen Frauen.

## 5 Copingstrategien von betroffenen Frauen\*

In diesem Kapitel werden fünf Frauen vorgestellt, die sexuellen Missbrauch von der leichtesten bis zur massivsten Form in der Kindheit oder im Jugendalter erlebt haben. In Interviews schilderten sie ihre traumatische Erfahrung und den anschließenden Copingprozess, den sie entwickelt haben. Einige der Betroffenen haben diesen bereits bewusst abgeschlossen, andere wiederum befinden sich noch mitten in der Phase der Bewältigung.

Das Hauptanliegen der Interviews war herauszufinden, welche Copingstrategien die Frauen entwickelt haben, um mit dieser gravierenden traumatischen Erfahrung umzugehen und diese in ihr Leben zu integrieren. Für die Erhebung der Daten wurde die Technik des problemzentrierten Interviews verwendet. Diese Methode ist auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, wie in diesem Fall auf den sexuellen Missbrauch und die daraus resultierenden Copingstrategien. Durch das Gespräch führte ein Interviewleitfaden (s. Anhang 9.2.2, S.122), der dem Interview einen halbstrukturierten Charakter gab. Mit Hilfe des Leitfadens konnten Vergleiche zwischen den einzelnen Befragten gezogen werden. Während des Interviews variierten die Fragen jedoch in der Reihenfolge, sodass die Betroffenen offen und möglichst frei von ihren Erfahrungen berichten konnten (vgl. Mayring 2002, S. 67, 70). Der Leitfaden gliederte sich in vier Themenbereiche.

Der Einstieg in das Interview umfasste eine kurze Einleitung über den Themenaspekt und die Fragestellung, was die Betroffenen unter den Begriffen „Traumatisierung“ und „Copingstrategien“ verstehen. Der zweite Teil befasste sich mit der Situation des Missbrauchs selbst. In welchem Rahmen er stattgefunden hat, wer der Täter war, wie sich das Familiensystem bei einem innerfamiliären Missbrauch gestaltete und wie alt die Betroffene war, sowie die Veränderungen, die die sexuelle Ausbeutung mit sich brachte. Der dritte Bereich umfasste den Bewältigungsvorgang und die Copingstrategien der Betroffenen. Der vierte und letzte Abschnitt widmete sich dem Kontext der professionellen Hilfe, die die Interviewte in Anspruch genommen hat, und welche Unterstützungsmöglichkeiten von der Sozialen Arbeit erwartet würden. Zudem wurde der Zusammenhang der Berufswahl und des sexuellen Missbrauchs erfragt, da vier von den Betroffenen Soziale Arbeit studieren und eine interviewte Frau die Ausbildung zur Erzieherin absolviert hatte. Die Interviewpartnerinnen gaben ihr Einverständnis durch eine Einwilligungserklärung, die sie unterzeichneten (s. Anhang 9.2.1, S. 121). Vier der Interviews wurden von mir in Hannover und ein weiteres in Passau durchgeführt und auf Tonband aufgenommen. Aus diesen Aufnahmen entstanden Transkriptionen mit wortwörtlicher Wiedergabe des Gesprächs. Angegebene Namen und

---

\* Der vollständige Wortlaut der Interviews ist unter [www.blumhardt-verlag.de](http://www.blumhardt-verlag.de) zu finden.

Orte werden anonymisiert wiedergegeben. Zur Interviewauswertung verwendete ich die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring (vgl. Mayring 2002, S. 114-121, Mayring 2003).

Die Analyse der Interviews ist entwicklungspsychologisch ausgerichtet, da die Betroffenen angeregt wurden, über ihre Traumatisierung durch den sexuellen Missbrauch und die Veränderung ihrer Persönlichkeit zu berichten. Des weiteren erzählten von ihrer individuellen Verarbeitung und den entwickelten Bewältigungsstrategien. In den vorausgegangenen Kapiteln wurde beschrieben, dass der sexuelle Missbrauch eine gravierende Traumatisierung hervorruft, da das Kind/Jugendlicher einen Eingriff in seine Entwicklung erfährt, dadurch seine Persönlichkeit „deformiert“ (Herman 2003, S. 135) wird und sich das Geschehene auf das ganze weitere Leben auswirkt. Wenn der Missbrauch frühkindlich erfahren wird, hat dies stärkere Auswirkungen, als wenn die sexuelle Ausbeute im Jugendalter stattgefunden hat (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 297). Alle Missbrauchsopfer versuchen mehr oder weniger bewusst diese vergangenen bzw. gegenwärtigen Erlebnisse zu verarbeiten, indem sie Überlebens- bzw. Copingstrategien entwickeln. Die Bewältigungsstrategien befassen sich mit dem „Problem“ selbst oder versuchen die ausgelösten Emotionen unter Kontrolle zu halten (vgl. Lazarus/Launier 1981, S. 248f). Bei der Inhaltsanalyse wird die Technik der Zusammenfassung verwendet, d. h. die Transkriptionen werden auf die wesentlichen Inhalte untersucht und diese dann verdeutlicht. Das Hauptanliegen dieser Untersuchung ist, die individuellen Copingstrategien und das Bewältigungsverhalten, das die Frauen entwickelt haben, herauszufiltern und darzustellen. Der Kontext der traumatischen Situation und die anschließende Entwicklung der problem- bzw. emotionsfokussierten Copingstrategien von Zeitpunkt des Missbrauchs bis zur Gegenwart werden in einem Flussdiagramm dargestellt, indem teilweise auch ein zeitlicher Rahmen rekonstruiert werden konnte. Die Auswertung wird vor allem von dem bereits beschriebenen transaktionalen Stressbewältigungsmodell mit seinen Bewältigungsstrategien nach Lazarus beeinflusst. In einem Textteil erfolgt eine jeweilige schriftliche Erläuterung dazu. Zudem wird auf die Beeinflussung des sexuellen Missbrauchs auf die Lebensqualität eingegangen. Hierbei wird eine Darstellung wiedergegeben, in der die Betroffenen ihre Lebensqualität auf einer Lebenslinie (s. Anhang 9.2.3., S. 123) aufzeichneten. In der auswertenden Zusammenfassung werden die Ergebnisse der Inhaltsanalyse dargestellt.

## 5.1 Francesca

- Vorhandene traumatische Situationsfaktoren:

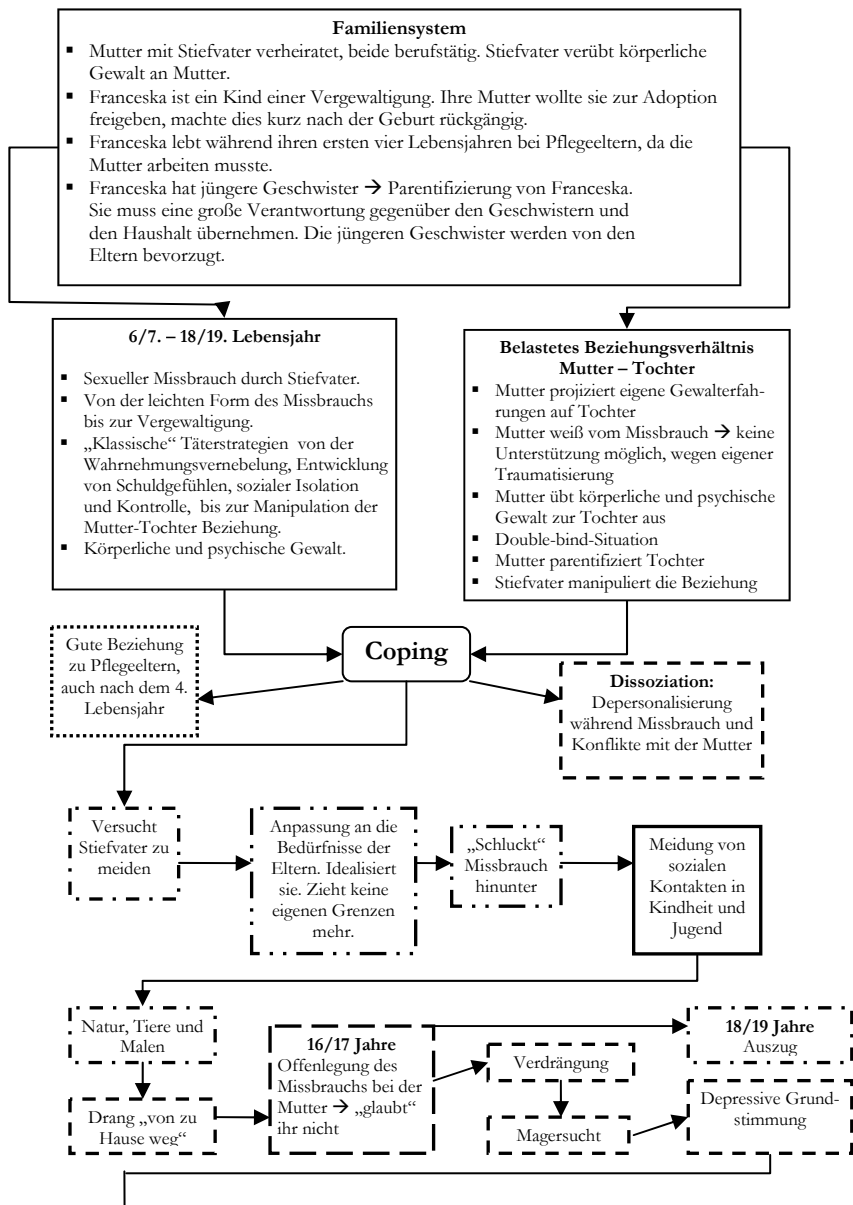
Das Beispiel von Francesca (44 Jahre alt) zeigt eine deutliche Polytraumatisierung (vgl. Kapitel 2.2.1), insofern die erste traumatische Situation bereits pränatal, also vorgeburtlich während einer Vergewaltigung der Mutter stattfand. Die Mutter

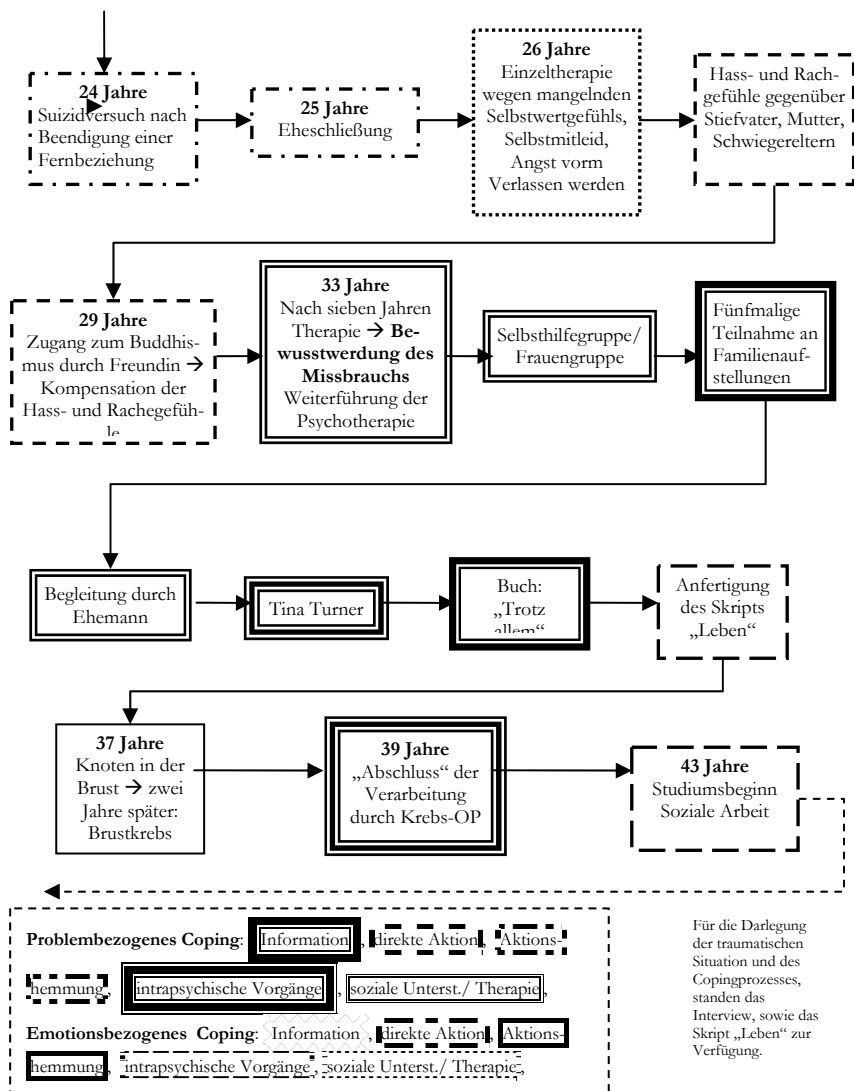


hatte eine ambivalente Beziehung zu Franceskas Vater, die einerseits von Liebe und andererseits von Gewalt bestimmt war. Nachdem er die Mutter vergewaltigt hatte, wurde sie ungewollt schwanger. Der Kindesvater verließ sie. Das Kind sollte nach der Geburt zur Adoption freigegeben werden, allerdings machte die Mutter dies rückgängig. Sie gab Francesca an Pflegeeltern weiter, damit sie ihren Lebensunterhalt verdienen konnte. Mit ihrem vierten Lebensjahr nahm ihre Mutter sie wieder in ihrer „neuen“ Familie auf. Sie hatte kurz zuvor geheiratet. Durch das Vorherrschen der problematischen Mutter-Tochter-Beziehung war die traumatische Situation eines Beziehungs- und Orientierungstraumas gegeben, welche noch durch Gewaltanwendungen und von so genannten „Double-bind-Situationen“ beeinflusst wurden (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 88, 366). Francesca berichtete beispielsweise, dass sie von ihrer Mutter ermuntert wurde, soziale Beziehungen zu pflegen. Auf der anderen Seite wurde ihr das unter dem Vorwand der Verantwortung gegenüber den Geschwistern verboten (vgl. Francesca, S. 3, Z. 94-97). Zudem projizierte die Mutter ihre eigenen traumatischen Erfahrungen auf die Tochter, so dass diese die „Sündenbockrolle“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 309) übernehmen musste. Aufgrund dessen bekam die Tochter während des sexuellen Missbrauchs keine Hilfestellung. Die Mutter parentifizierte Francesca, indem sie ihre Tochter in eine Erwachsenenrolle drängte, wobei sie große Verantwortung gegenüber den neugeborenen Geschwistern und im Haushalt übernehmen musste. Zu dieser traumatischen Beziehungskonstellation kam der sexuelle Missbrauch durch den Stiefvater: Er räumte Francesca keine Intimität ein. Beispielsweise musste sie beim Waschen oder Toilettengang die Badezimmertüre offenlassen, während er zuschaute. Dies steigerte sich dann von der körperlichen Annäherung bis zur analen Vergewaltigung. Neben der sexuellen Ausbeutung war Francesca auch körperlicher und psychischer Gewalt von beiden (Stief-)Elternteilen ausgesetzt. Zudem förderte der Stiefvater, dass die bereits ungünstige Mutter-Kind-Beziehung noch weiter zerbrach, indem er Unwahrheiten verbreitete. Vielfältige traumatische Situationsfaktoren wirkten sich erheblich auf ihre Lebensqualität und auf ihre Bindungsfähigkeit aus (vgl. ebd., S. 288-290, Kapitel 3.4).

#### ■ Copingstrategien von Francesca

Die traumatische Reaktion und der Prozess von Francesca verlaufen von ihrem 6/7. bis zu ihrem 33. Lebensjahr überwiegend mit emotionsfokussierten Copingstrategien. Ihre wichtigste Bewältigungsressource war die gute Beziehung zu den Pflegeeltern. Diese konnten allerdings nichts gegen die Situation tun, da die Mutter und der Stiefvater bei jeder Aktion den Umgang mit Francesca verweigerten. Eine weitere emotionsregulierende Copingstrategie war der intrapsychische Vorgang der Dissoziation, die sie während des sexuellen Missbrauchs und in Konfliktsituationen mit ihrer Mutter verwendete. Francesca beschrieb es in ihrem Skript „Leben“ in Form einer Depersonalisierung, indem sie ihre Gefühle abgespalten oder ihren Körper verlassen hat (vgl. Kapitel 2.2.2, S. 15).





Emotionsfokussiert ist auch die Meidung des Stiefvaters. Sie kann ihm zwar aus dem Weg gehen, aber der sexuelle Missbrauch wird deswegen nicht beendet bzw. abgemildert. Da Francesca aus dieser innerfamiliären Konfliktsituation keinen Ausweg findet und ihr gegenüber ohnmächtig ist, passt sie sich den Bedingungen an und bewertet die Situation um, indem sie ihre Eltern idealisiert und den Missbrauch „hinunterschluckt“. Durch diese problemfokussierte Copingstrategie beeinflusst sie ihre Wahrnehmung gegenüber dem Missbrauch bzw. der Beziehung zur Mutter. Die beiden traumatisierenden Stressquellen werden durch die Umwertung „akzeptiert“ und als Bestandteil des Lebens angesehen. Dieses Coping zählt zu den riskantesten Strategien und wird mit der Verbindung zur Entwicklung von psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht (vgl. Kapitel 4.4, S. 59). Um ihre Emotionen wie Panikgefühle und Angstzustände im Umgang mit anderen Kindern und Jugendlichen zu regulieren, versucht sie soziale Kontakte zu meiden. Ihre emotionalen Spannungszustände baute sie ab, indem sie sich der Natur, Tieren und dem Malen widmete. Etwa im 16.-18. Lebensjahr entwickelte sie den Drang, dass sie von zu Hause weg wollte. Mit etwa 16/17 Jahren beschreibt sie in ihren Skript „Leben“, dass sie die Demütigungen und die sexuelle Gewalt ihres Stiefvaters nicht mehr „aushielt“ und sich ihrer Mutter in der Hoffnung öffnete, sie würde ihr helfen, den Missbrauch zu beenden. Allerdings scheiterte diese problemfokussierte Copingstrategie, da ihr die Mutter keinen Glauben schenkte und der mit den Vorwürfen konfrontierte Stiefvater die Tat abstritt. Die Mutter redete mit den Pflegeeltern über den Missbrauch. Diese wollten Francesca sofort adoptieren, was allerdings die Mutter wiederum verweigerte. Franceskas Reaktion darauf war der intrapsychische Vorgang der Verdrängung des gesamten sexuellen Missbrauchs, was sich in einer daraufhin entwickelten psychischen Folgeerkrankung der Magersucht mit Verbindung einer depressiven Grundstimmung widerspiegelte.

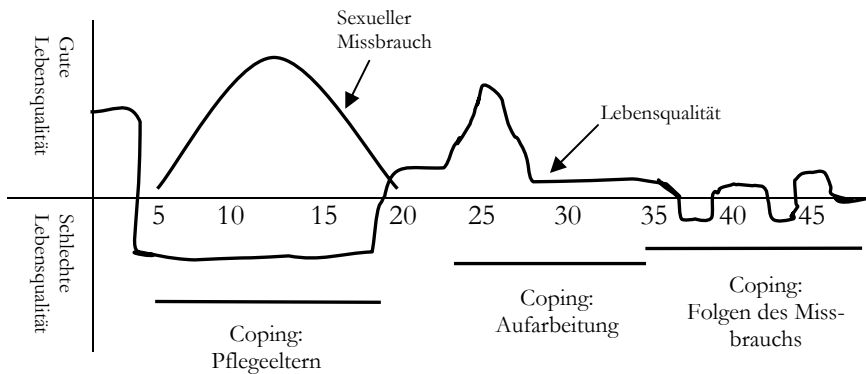
Als Auswirkung des jahrelangen sexuellen Missbrauchs und der kritischen Mutter-Tochter-Beziehung entstanden Probleme in der Bindungsfähigkeit von Francesca. Mit etwa 18/19 Jahren zog sie aufgrund einer Berufsausbildung von zu Hause aus. In dieser Zeit suchte sie wieder Kontakt zu Gleichaltrigen. So ging sie mehrere Bindungen zu Männern ein, die meistens nur kurz andauerten und wobei sie große Probleme mit dem „Loslassen“ der jeweiligen Beziehung hatte. Sie hatte auf der einen Seite Angst vor Nähe. Andererseits suchte sie eine Beziehung, um nur „geliebt“ zu werden (vgl. Kapitel 3.5, S. 44). Nach der Beendigung einer Fernbeziehung versuchte sie sich durch den Sprung aus einem fahrenden Zug zu suizidieren. Diese emotionsfokussierte Copingstrategie führte sie nicht weiter aus, da ihr bewusst wurde, dass das Leben noch einen Sinn hat und sie irgendwo gebraucht wird (vgl. Francesca, S. 10, Z. 365ff). Ein weiterer Bewältigungsversuch war die Eheschließung im Alter von 25 Jahren mit einem Mann, den sie etwa 10 Monate lang kannte. Mit der Ehe wollte sie die negativen Erfahrungen der Kind-

heit wie das Ungeliebtsein ausgleichen. In ihrem Skript schildert sie, dass sie in dieser Bindung ähnliche Erfahrungen der Unterdrückung und Unterordnung wie als Kind erlebte. Eine weitere emotionsfokussierte Copingstrategie folgte, indem sie eine Einzeltherapie begann, um an ihrem mangelnden Selbstwertgefühl, ihrem Selbstmitleid und der Angst vorm Verlassenwerden zu arbeiten. Francesca entwickelte starke Hass- und Rachegefühle gegenüber ihrer Familie und den Schwiegereltern, allerdings unterdrückte sie diese.

Mit 29 Jahren bekam sie durch eine Freundin den Zugang zum Buddhismus. Die Auseinandersetzung mit der Religion half ihr dabei ihre Emotionen zu regulieren. Durch diese Copingstrategie erhielt sie eine große Ressource, um ein inneres Gleichgewicht herzustellen. Nach sieben Jahren Therapie kam mit 33 Jahren der lang verdrängte Missbrauch wieder hoch. In diesem Moment begann Francesca problemfokussierte Copingstrategien zu entwickeln, um an der direkten Ursache ihrer vielschichtigen Probleme zu arbeiten. Sie holte sich soziale Unterstützung in der Weiterführung der Psychotherapie, schloss sich einer Selbsthilfegruppe für Frauen an und wurde von ihrem Ehemann begleitet.

Den intrapsychischen Vorgang der Motivation zur Bewältigung des Missbrauchs sowie der Mutter-Kind-Beziehung löste ein Film mit Tina Turner aus. Francesca sah die Sängerin als ihr Vorbild im problemorientierten Copingprozess. Zudem verschaffte sie sich Informationen über ihre Traumatisierung, indem sie mehrere Male Familienaufstellungen nach Hellinger besuchte. Durch diese Seminare kam sie zu einem familiendynamischen Erklärungsmodell (vgl. Kapitel 3.2, S. 36), wonach der Missbrauch durch ein Missverhältnis zwischen der Mutter und dem Stiefvater entstanden ist (vgl. Francesca, S. 5, Z. 161f). Sie beschäftigte sich auch mit dem Selbsthilfebuch „Trotz allem“ von Ellen Bass und Laura Davis. Um ihre Gefühle im Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch und der Beziehung zur Mutter ausdrücken zu können, schrieb sie ihre stressbezogenen Gedanken zur Entlastung und auch als Abreaktion in ihrem Skript „Leben“ auf. In diesem stellt sie ihre gesamte Biografie dar. Das Geschriebene wirkt sehr emotional. Hier werden Gefühle der Wut, des Hasses, der Frustration, des Nicht-Verstandenseins, des Nicht-Geliebtheits, aber auch der Stolz über den Bewältigungsvorgang und der Lebensfreude von Francesca deutlich. Mit 39 Jahren stellt sich der zwei Jahre zuvor festgestellte Knoten als Brustkrebs heraus. Für Francesca bedeutet die Krebsoperation den Abschluss der siebenjährigen bewussten Verarbeitung des sexuellen Missbrauchs durch den Stiefvater und der Mutter-Tochter-Beziehung. Der Missbrauch wurde bei der Operation „rausgeschnitten“ (vgl. Francesca, S. 5, 169f). Francesca hat nun eine neue Copingaufgabe bekommen: Die Bewältigung von mehreren Krebserkrankungen. Den während des Bewältigungsprozesses entstandene Wunsch Sozialarbeit zu studieren erfüllt sie sich, nachdem sie sich mit 43 Jahren psychisch soweit stabilisierte, um in diesem Beruf arbeiten zu können.

Die traumatischen Ereignisse von Francesca hatten einen Einfluss auf ihre Lebensqualität. Sie stellt die Qualität ihres Lebens, den Zeitpunkt des Missbrauchs sowie das Coping mit Hilfe einer Lebenslinie wie folgt dar:



Zusätzlich beschreibt sie die Ressourcen, die ihr zu einer guten Lebensqualität verholfen haben: gute Beziehung zu den Pflegeeltern, Kommilitoninnen, Freundinnen, Freunde, professionelle Helfer, zum Teil der Ehemann, Religion, Philosophie, Kunst, Literatur, Sport, Natur, Neugierde, Studium der Sozialpädagogik. Zu den Faktoren, die ihre Lebensqualität verschlechtert haben, zählt sie: Missbrauch, Vergewaltigung, Ablehnung der Mutter, Aufarbeitung des Missbrauchs, psychische Erkrankung der Schwägerin, Empfehlung des Frauenarztes, kein eigenes Kind zu bekommen, Stress mit den Eltern, Enttäuschung mit Männern, ihr Beruf als Verwaltungsfachangestellte, Auf- und Bearbeitung der nichtvorhandenen Beziehung zu ihrer Mutter, Schwierigkeiten mit ihren Schwiegereltern, Schwager und Schwägerin, „Geschichte“ ihres Mannes mit einer anderen Frau und die Krebserkrankungen.

#### ■ Zusammenfassung

Im Copingprozess von Francesca wird deutlich, dass sie während der Zeit des Missbrauchs und der ungünstigen Mutter-Kind-Konstellation überwiegend emotionsfokussierte Copingstrategien anwendet. Sie befasst sich erst mit ihren „Problemen“ als sie keinen Ausweg mehr sieht. Dazu verwendet sie die Dissoziation und kognitive Umbewertung als „Hilfsmittel“. In der späteren Offenlegung reagiert sie mit intrapsychischen Vorgängen der Verdrängung und entwickelt Krankheiten. In ihrem Skript berichtet sie, dass sie während der traumatischen Lebensphase immer wieder somatische Erkrankungen hatte. Auffallend ist, dass sie ab dem Zeitpunkt der Wiedererinnerung ausschließlich problemfokussiertes Coping verwendet und mit Hilfe intensiver Therapie und anderer sozialer Unterstützung den Bewältigungsprozess des Missbrauchs für sie abschließt. Dieser Abschluss

resultiert auch daraus, da sie durch die Krebserkrankung neue Bewältigungsaufgaben bekommen hat. Allerdings berichtet sie über das Interview hinaus immer wieder von gegenwärtigen Folgen des Missbrauchs. Es kann daraus geschlossen werden, dass sie zwar den bewussten Copingprozess abgeschlossen hat, die Auswirkungen trotzdem immer noch vorhanden sind, wenngleich sie einen besseren Umgang damit hat. Franceska ist an ihrer Bewältigung der traumatischen biographischen Ereignisse gereift, so dass sie heute eine selbstbewusste, widerstandsfähige und stolze Frau geworden ist. Eine Person mit klaren Lebenszielen, die auf sich selbst achtet und ihre Wünsche, Bedürfnisse und Interessen vertreten kann.

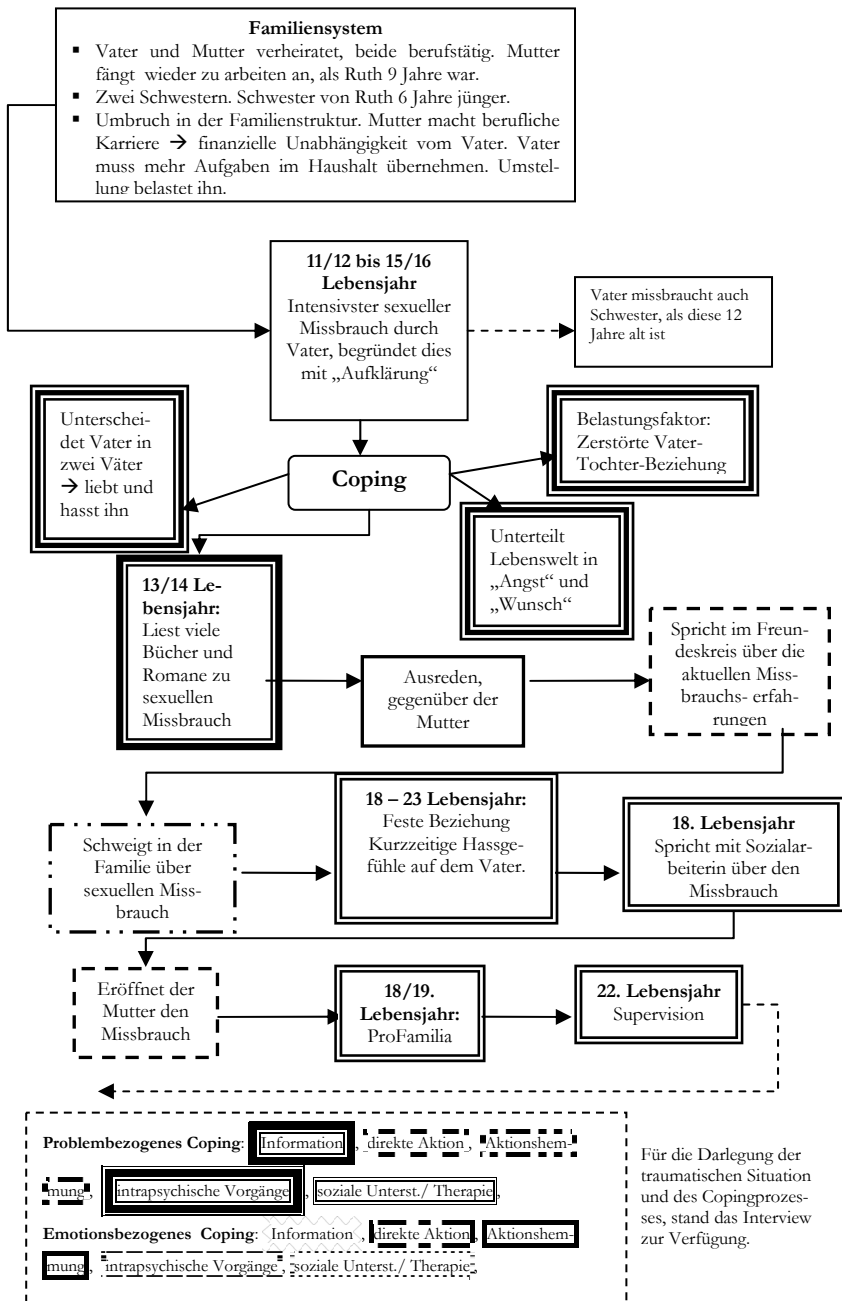
## 5.2 Ruth

- Traumatischer Situationsfaktor

Die Geschichte von Ruth (27 Jahre alt) zeigt einen sehr intensiven Missbrauch durch ihren Vater, zwischen dem 11./12. bis zum 15./16. Lebensjahr und einen erneuten, aber gescheiterten Versuch etwa ein Jahr später. Die sexuelle Ausbeute begann, als Ruth in der Schule Aufklärungsunterricht hatte und der Vater dies als Argument nutzte, um sie „aufzuklären“. Als ihre sechs Jahre jüngere Schwester im 12. Lebensjahr war, missbrauchte der Vater diese auch sexuell, mit denselben Vorgehensweisen wie bei Ruth. Die Betroffene vermutet einen Zusammenhang zwischen der wieder begonnenen Berufstätigkeit und der dadurch neu gewonnen Unabhängigkeit der Mutter und dem sexuellen Missbrauch durch den Vater.

- Copingstrategien von Ruth

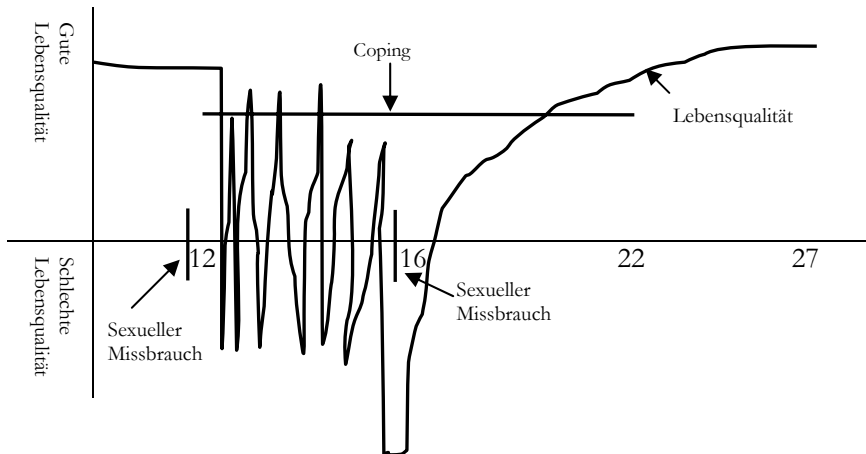
Ruth verwendet in ihrem gesamten Copingprozess fast ausschließlich problemfokussierte Bewältigungsstrategien und setzt sich ab Beginn der Übergriffe direkt damit auseinander. Sie ist eine Person, die über eine hohe Resilienz und ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügt (vgl. Kapitel 4.1, S. 50ff). Besonders der Aspekt der Verstehbarkeit wird bei ihr deutlich, indem sie den sexuellen Missbrauch intrapsychisch auf kognitiver Ebene bewertet und reflektiert. Sie lernt ihren Vater in zwei Väter zu unterscheiden. Zu einem in den Mann, den sie als Tochter sehr stark liebt und zum anderen in den Menschen, den sie hasst und vor dem sie sich fürchtet. Zusätzlich differenziert sie ihre Lebenswelt in eine Welt der Angst, wo der Missbrauch stattfindet, und in eine Wunschwelt, in der sie leben möchte. Letztere existierte in den Phasen zwischen den sexuellen Übergriffen. Zudem versteht sie, dass sich Gefühle wie „dreckig“ fühlen nicht durch Duschen und Waschen beseitigen lassen, sondern ein Problem von psychischer Natur sind. Sie bemerkt auch, dass der Vater von ihr ablässt, wenn sie eine Beziehung zu einem Freund eingeht. Sie zieht allerdings nicht die Konsequenz daraus, dass sie nur noch nach Beziehungen sucht, sondern erkennt, dass dieses Verhalten nur Flucht bedeutet. Sie beginnt sich mit der Missbrauchsthematik auseinanderzusetzen, indem sie mit 13/14 Jahren Bücher und Romane liest, um sich auf literarischer





Ebene Informationen zu verschaffen. Als ihre Mutter sie darauf anspricht, schweigt sie darüber und verwendet Ausreden, um das Thema und die dazugehörigen Emotionen zu umgehen. Allerdings wendet sie sich statt an die Mutter an ihren Freundeskreis und spricht mit Vertrauenspersonen über ihre aktuellsten Missbrauchserlebnisse und handhabt somit ihre Entlastung. In der Familie schweigt sie weiter über die Ereignisse, da sie die sexuellen Übergriffe außerhalb der Familie bewältigen möchte.

Ab dem 18. Lebensjahr geht sie eine fünf Jahre lang andauernde Beziehung zu einem Mann ein. Dieser unterstützt sie bei ihrem weiteren bewussten Bewältigungsprozess. Sie lernt durch ihn, dass die Angst vor Intimität „erlaubt“ ist und dass ihr Wunsch und Wille akzeptiert wird. Dadurch kann sie ihr negativ geprägtes Männerbild umstellen. Am Anfang dieser Beziehung entwickelt sie kurzzeitig starke Hassgefühle auf den Vater. Sie nutzt die räumliche Trennung zu ihrem Elternhaus aus, um ihm aus dem Weg zu gehen. In ihrem 18. Lebensjahr erfährt sie zudem, dass ihr Vater begonnen hat, ihre jüngere Schwester zu missbrauchen. Ruth unterstützt diese, damit sie den Missbrauch beenden kann. Wenige Tage später trifft sie im Rahmen ihrer Ausbildung auf eine Sozialarbeiterin, der sie ihre Geschichte und die Ereignisse mit ihrer Schwester eröffnet. Daraus resultiert, dass sie zu Hause der Mutter den Missbrauch offenbart. Diese glaubte ihr, zieht aber aus den sexuellen Übergriffen keine Konsequenzen, wie Auszug oder Trennung vom Vater. Ruth sucht sich mit dem 18./19. Lebensjahr weitere professionelle Unterstützung, indem sie zu ProFamilia geht, um dort ihre Beziehung zu ihrem Vater zu reflektieren: ihre ambivalenten Gefühle „Liebe – Hass“ sowie das Schutzbedürfnis, das sie ihm gegenüber hat, die Angst, dass er nach einer Anzeige und Verurteilung in ein Gefängnis kommen könnte. Von einem rechtlichen Schritt hat sie deswegen abgesehen. Mit dem 22. Lebensjahr sucht sie sich wieder eine erneute Therapiestelle. Da die Kosten der Therapie nicht von der Krankenkasse übernommen werden, fordert Ruth das Geld bei ihren Eltern ein, welche auch bezahlen. In der Supervision geht es um die Themen eigene Abgrenzung und Sexualität, die Druck und Erwartungshaltungen bei ihr auslösen, und die Akzeptanz von „Ja“ und „Nein“. Die sexuellen Übergriffe auf Ruth beeinflussen ihre empfundene Lebensqualität. Zudem fühlt sie sich in ihrer Sexualität „behindert“ (vgl. Ruth, S. 8, Z. 281) und empfindet Wut gegenüber der Zerstörung der Vater-Tochter-Beziehung, auch dass sie mit den Auswirkungen des Missbrauchs leben muss und ihr Vater ohne Folgen davon gekommen ist. Sie stellte ihre Qualität des Lebens, den Zeitpunkt des Missbrauchs sowie das Coping mit Hilfe einer Lebenslinie wie folgt dar:



#### ■ Zusammenfassung

Der Copingprozess von Ruth zeigt sich fast ausschließlich mit problemfokussierten Strategien. Ihr Vorteil bei der Bewältigung dieser Thematik waren ihre protektiven Faktoren wie ihre hohe Fähigkeit der kognitiven Bewertung und der Selbstreflexion sowie die soziale Unterstützung durch den Freundeskreis, des Partners und der professionellen Hilfe. Sie spürt zwar noch immer die Auswirkungen in Form von Problemen beim Eingehen auf Intimitäten. Allerdings hat sie gelernt damit umzugehen und möchte von einem Partner als ganz normale Partnerin und nicht als Missbrauchsoffer gesehen werden. Des Weiteren erwähnt sie, dass sie die Therapie nur gemacht hat, um ihre zukünftigen Kinder vor diesen Vorfällen bewahren zu können (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 309f). Zudem sagt sie, dass die negativen Erfahrungen, die sie gemacht hat, vielfach mit Glücksmomenten zurückgeschenkt wurden.

### 5.3 Simone

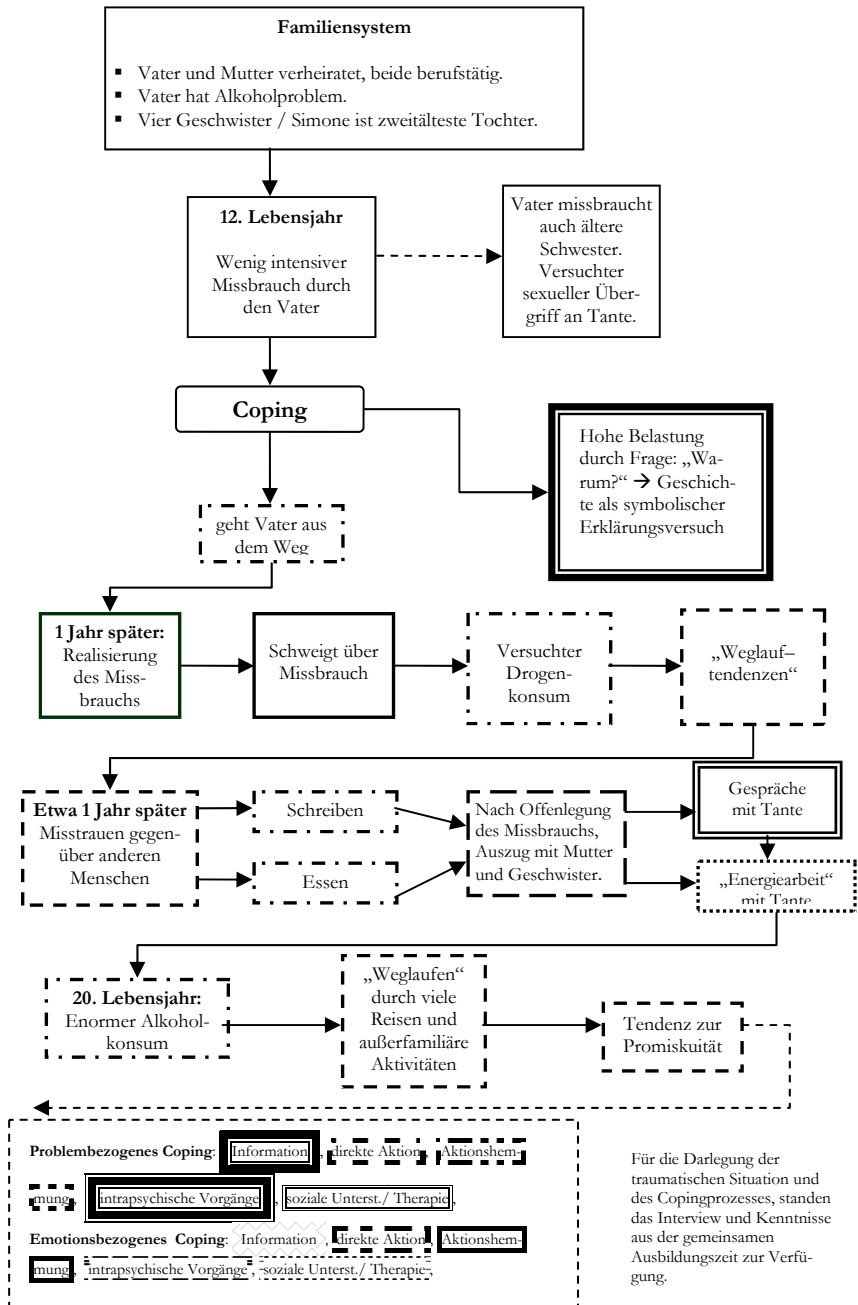
#### ■ Vorhandener traumatischer Situationsfaktor:

Simones (23 Jahre) Beispiel zeigt einen sexuellen Missbrauch durch den Vater. Dieser fand über einen kurzen Zeitraum während ihres 12. Lebensjahres statt, wenn der Vater alkoholisiert und die Mutter außer Haus war. Im Interview spricht sie von mehreren Übergriffen, die sich auf Küssen und Berührungen beschränkten. Zudem missbrauchte der Vater die ältere Schwester von Simone und versuchte einen sexuellen Übergriff bei einer Tante.

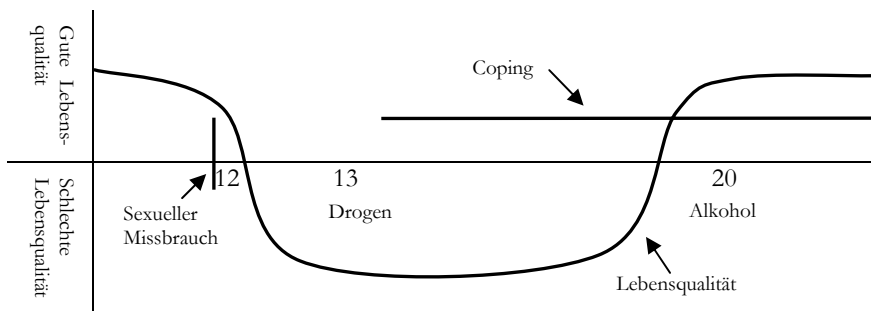
#### ■ Copingstrategien von Simone

Simone zeigt in ihrer traumatischen Reaktion und dem Prozess überwiegend emotionszentrierte Copingstrategien. Sie reagiert direkt auf den Missbrauch des

Vaters, indem sie sich wehrt und Begegnungen mit ihm meidet. Mit einer intrapsychischen Bewältigungsstrategie verdrängt sie den sexuellen Missbrauch, um ihre Emotionen zu regulieren. Etwa ein Jahr später realisiert sie jedoch die Geschehnisse und erfährt zudem, dass ihre ältere Schwester auch von ihrem Vater missbraucht wurde. Sie wählt nach dieser Wiedererinnerung emotionsfokussierte Copingstrategien, indem sie über den Missbrauch schweigt und ihre Stressreaktionen mit Drogenkonsum beruhigen will. Diesen hat Simone jedoch nicht durchgeführt, da ihr ein Cousin den Zugang zu Drogen verweigert (vgl. Simone, S. 2, Z. 53f). Sie entwickelt in einem weiteren intrapsychischen Vorgang „Weglaufenenden“, will nicht zu Hause bleiben und verspürt einen Drang wegzulaufen. Zudem entstand starkes Misstrauen anderen Menschen gegenüber. Um ihre Emotionen ausdrücken und abreagieren zu können, wählt sie die Strategie des Schreibens. Simone schreibt allerdings keine Art Tagebuch, sondern schildert, dass sie sehr viele Schreibblöcke voll geschrieben hat, ohne den Inhalt zu wissen und zu kennen. Zudem versucht sie durch extremes Essen ihre Emotionen zu regulieren, was allerdings nicht in einer Essstörung endet. Eine problemfokussierte Copingstrategie war die Offenlegung des Missbrauchs. Simone erzählt ihrer Mutter von den sexuellen Übergriffen ihres Vaters. Die Mutter glaubt ihr und reagiert mit einem sofortigen Auszug mit den Kindern. In diesem Zusammenhang wurde der Missbrauch der älteren Schwester aufgedeckt sowie ein versuchter sexueller Übergriff an einer Tante von Simone. Bei ihr sucht sich Simone in einer problemfokussierten Copingstrategie mit Hilfe von Gesprächen soziale Unterstützung sowie emotionszentriert in Form von Energiearbeit. Nach einer Handauflegung geht es Simone körperlich sehr schlecht, sie muss sich stark übergeben und ist zwei Tage lang krank. Nach dieser Phase geht es ihr deutlich besser. Einige Jahre später entwickelt sie mit dem 20. Lebensjahr wieder eine emotionszentrierte Bewältigungsstrategie, indem sie ihre Gefühle durch einen enormen Alkoholkonsum zu regulieren versucht. Diese gibt sie aber bald wieder auf, da sie sich an das Alkoholproblem von ihrem Vater erinnert und sie nicht dasselbe Problem bekommen will. Als weitere emotionsfokussierte Copingstrategie wählt sie viele Reisen und viele Aktivitäten, die außer Haus stattfinden. Zudem zeigt sie eine Tendenz zur Promiskuität, indem sie beispielsweise auf Urlaubsreisen Geschlechtsverkehr mit mehreren unterschiedlichen Männern innerhalb einer Woche hat. Sie schildert, dass sie in der Partnerschaft Probleme mit Nähe und Intimität hat, was sich außerhalb einer Beziehung in das Gegenteil zu wandeln scheint. Hohe Belastung löst bei ihr die Frage aus, warum ihr Vater sie und ihre Schwester missbrauchte. Sie entwickelt eine problemfokussierte Copingstrategie, in der sie sich mit Hilfe des Bilderbuches „Ich bin das Licht! Die kleine Seele spricht zu Gott“ ein Erklärungsmodell für den Missbrauch schafft. Ihre Erklärung für den Missbrauch war, dass ein Mensch die dunkle Seite des Lebens kennen lernen muss, um vergeben zu lernen und dann in das Licht zu gelangen. Sie sieht ihr persönliches Ziel darin,



dem Vater zu vergeben. Zwar ist ihr der Vater gleichgültiger geworden, aber ganz vergeben konnte sie ihm noch nicht (vgl. Simone, S. 3f, Z. 100-111). Der sexuelle Missbrauch von Simone hatte einen Einfluss auf ihre empfundene Lebensqualität. Sie stellt ihre Qualität des Lebens, den Zeitpunkt des Missbrauchs, sowie das Coping mit Hilfe einer Lebenslinie wie folgt dar:



#### ■ Zusammenfassung

Das Interview mit Simone gestaltete sich für mich schwierig. Auffallend war, dass sie meistens sehr knapp antwortete oder auf die Fragen nicht einging. Ich hatte das Gefühl, dass sie über diese Thematik bis jetzt nur oberflächlich gesprochen hat und diese kaum für sich selbst reflektiert hat. Zudem bekam ich vor einigen Jahren von ihr die Information, dass sie von ihrem Vater vergewaltigt wurde. Im Interview gab sie körperliche Berührungen und Küsse an. Wenn nun ihr Copingprozess betrachtet wird, verwendete sie fast ausschließlich emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien. Problemfokussiert war die Offenbarung des Missbrauchs an die Mutter, die Gespräche mit der Tante und die Entwicklung ihres Erklärungsmodells. Zudem hatte sie außer der Tante, die selbst Opfer des Vaters war, keine durchgängige soziale Unterstützung. Simone wollte ihren Vater anzeigen. Das war wegen des mangelnden sozialen Rückhalts nicht möglich, da u. a. die ältere Schwester ihre Zeugenaussage verweigerte. Wenn es die leichtere Form des Missbrauchs war, den sie im Interview schilderte, könnten diese drei gewählten problemfokussierten Bewältigungsstrategien durchaus für eine Bewältigung ausreichend sein. Wenn es allerdings doch die Vergewaltigung war, kann es sein, dass dieser Copingprozess noch nicht abgeschlossen ist und sie sich noch vermehrt dem problemorientierten Coping zuwenden muss.

## 5.4 Esther

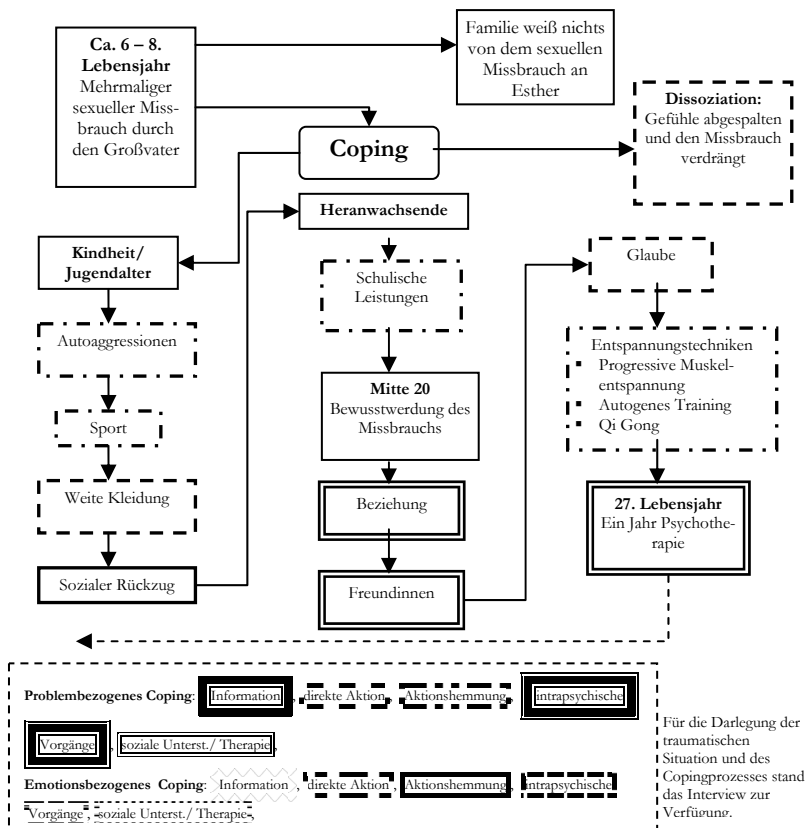
#### ■ Vorhandener traumatischer Situationsfaktor

Esther (30 Jahre) beschreibt einen mehrmaligen sexuellen Missbrauch im Alter von etwa sechs bis acht Jahren. Der Übergriff wurde von ihrem Großvater, dem

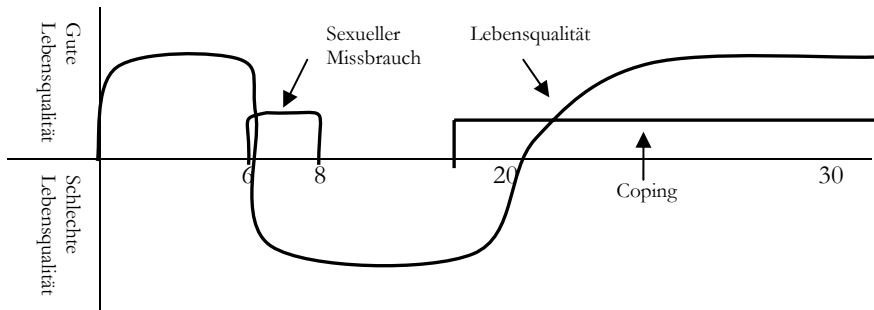
Vater ihrer Mutter durchgeführt. Esther entwickelt aufgrund des Missbrauchs eine Unsicherheit in ihrer Wahrnehmung, sowie Schamgefühle, so dass sie sich niemanden anvertrauen kann. Zudem verändert sich ihre Körperwahrnehmung, indem sie zum Beispiel die körperliche Entwicklung in der Pubertät nicht beachtet. Sie befriedigt die Bedürfnisse in ihrem sozialen Umfeld, stellt die eigenen jedoch zurück. Für sie war der Missbrauch „normal“, da der Opa sie „doch lieb“ hatte (vgl. Esther, S. 2, Z. 55, Kapitel 3.4). Aufgrund der ambivalenten Wahrnehmung ihrer Gefühle gegenüber dem Großvater, verdrängte sie den sexuellen Missbrauch.

#### ■ Copingstrategien von Esther

Esther verwendet in der Phase, in der sie den Missbrauch verdrängt hat, emotionsfokussierte Copingstrategien. Als Kind bzw. Jugendliche entwickelt sie starke Autoaggression. Wenn eine Person sie zum Beispiel verärgert, kann sie dieser aufgrund ihres mangelnden Selbstbewusstseins nichts sagen. Stattdessen richtet sie die Wut und die Aggression gegen sich selbst, indem sie Fingernägel kaut, den Kopf gegen die Wand schlägt oder an den Haaren zieht. Neben dieser Bewältigungsstrategie lässt sie ihre Frustration bei sportlicher Betätigung aus. Da ihre Körperwahrnehmung durch den sexuellen Missbrauch erheblich gestört ist, versucht sie ihren sich verändernden Körper unter weiter Kleidung zu verstecken, um diesen für das männliche Geschlecht unattraktiv zu machen. Dadurch wird auch die Wahrnehmung der Entwicklung vom Kind zur Frau „übergangen“ und verzögert. Zudem zieht sie sich aus Schamgefühlen und mangelndem Selbstwertgefühl bis etwa zu ihrem 20. Lebensjahr sozial zurück. Als Heranwachsende versucht sie sich über Leistungen zu definieren, um ihre Selbstachtung zu fördern. Nach Jahren des „Vergessens“ des Missbrauchs erinnert sich Esther Mitte 20 wieder. Das geschieht in einer Phase, in der sie in der Partnerschaft zu ihrem Freund die Neugier an der Sexualität langsam verliert und die Beziehung in den Alltag übergeht. Esther will sich aus den Intimitäten zurückziehen, allerdings schläft sie mit ihrem Freund, um ihm einen „Gefallen“ zu tun. Dabei tauchen Bilder von ihrem Großvater auf. Erst spät, aus Angst er könnte ihr nicht glauben, vertraut sie sich ihrem Freund an. Nach dieser problemfokussierten Copingstrategie, sucht sie nach weiterer sozialer Unterstützung, die sie in langjährigen und vertrauensvollen Freundinnen findet. Emotionale Entlastung sucht sie in der Entwicklung und Festigung ihres Glaubens. Um die destruktive emotionsfokussierte Copingstrategie der Autoaggression abzuwenden, entwickelt sie einen Zugang zu verschiedensten Entspannungstechniken, die ihr verhelfen Stressemissionen zu reduzieren und zu bewältigen. Durch die Bewältigungsstrategien Freund, Freundinnen, Entspannung und Glauben kann sie ihre Erfahrungen mit dem sexuellen Missbrauch gut bewältigen und in ihr Leben integrieren. Das stellt sich bei der Psychotherapie heraus, die sie mit 27 Jahren beginnt. Die Therapie verhilft



ihr, ihre Körperwahrnehmung und den Reifungsprozess zur Frau aufzuarbeiten, was Esther innerhalb eines Jahres gelingt. Esther zeichnet ihre empfundene Lebensqualität während und nach dem Missbrauch mit Hilfe folgender Lebenslinie auf:



#### ■ Zusammenfassung

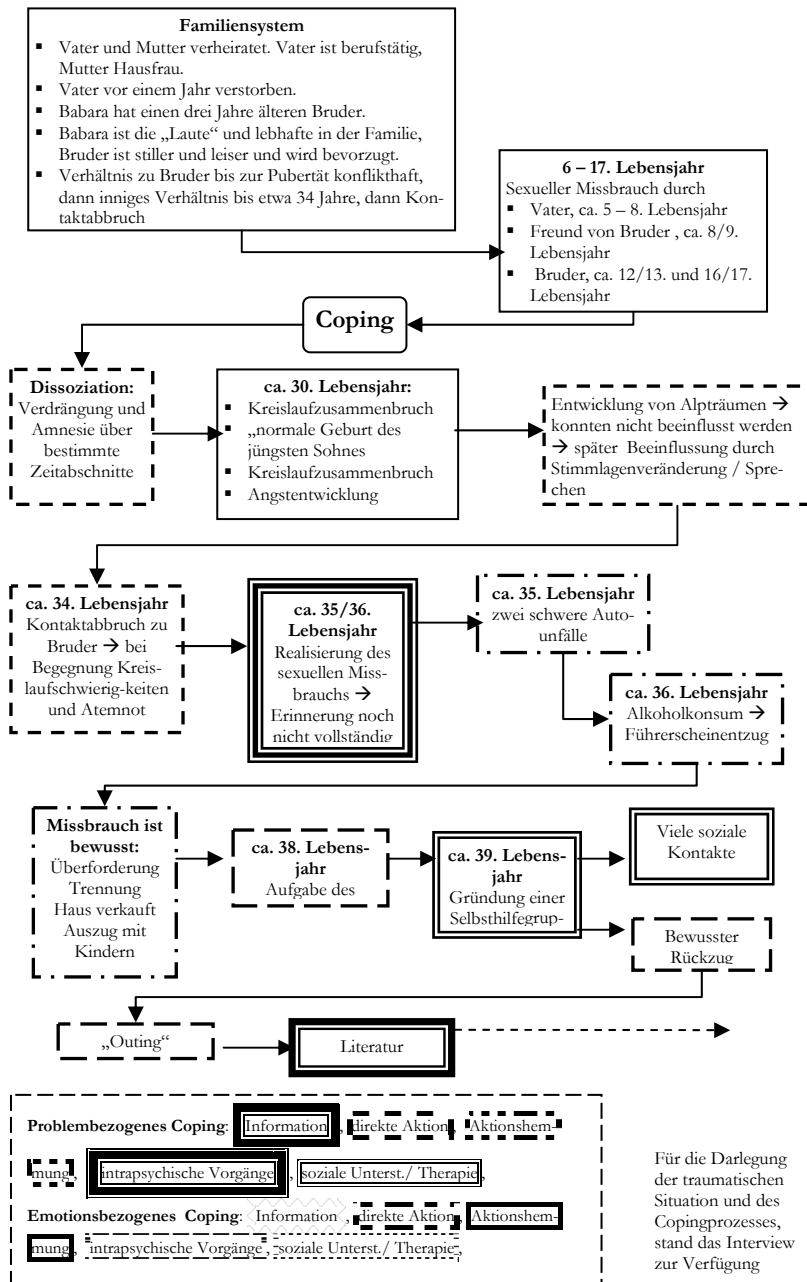
Auch Esther wendet in der Phase zwischen dem „Vergessen“ bis zur Wiedererinnerung ausschließlich emotionsfokussierte Copingstrategien an. In den Jahren während des Verdrängens erhält sie kaum soziale Unterstützung und wendet teilweise von außen betrachtete destruktive Bewältigungsstrategien an, wie die Autoaggression und den sozialen Rückzug. Dies ändert sich, als sie sich wieder an den Missbrauch erinnert. In diesem Prozess des problemorientierten Copings bekommt sie viel soziale Unterstützung, wobei vor allem ihr Freund eine wichtige Rolle spielt. Ihre verschiedenen Strategien waren so effektiv, dass sie die beginnende Psychotherapie nur noch dazu braucht, um ihren Reifungsprozess zur Frau nachzuholen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken.

### 5.5 Babara

#### ■ Vorhandene traumatische Situationsfaktoren

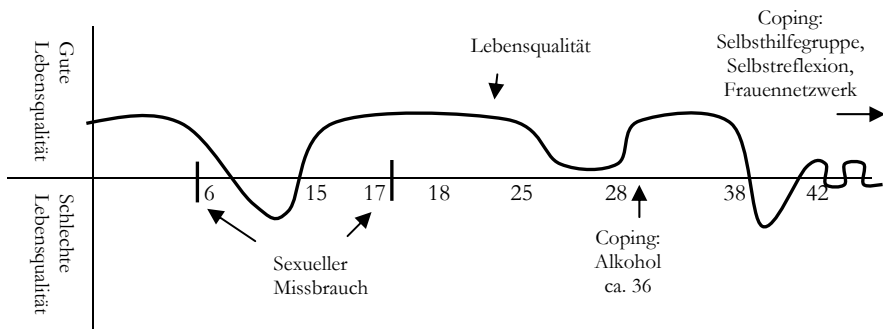
Babara (43 Jahre) erlebt zwischen dem sechsten und siebzehnten Lebensjahr sexuelle Gewalt von drei verschiedenen männlichen Personen. Zu einem durch ihren Vater mit etwa fünf bis acht Jahren, zum anderen durch einen Freund ihres Bruders im 8./9. Lebensjahr und zuletzt durch ihren Bruder mit 12/13 und 16/17 Jahren. Sie reagiert auf diese Übergriffe mit Dissoziationen, wobei sie den Missbrauch so stark verdrängt, dass sie sich heute noch nicht vollständig erinnern kann und immer wieder neue Bilder hochkommen. Bis etwa zum 30. Lebensjahr, bemerkt sie keinerlei Auffälligkeiten bei sich. Sie ist Wohnbereichsleitung in einer psychiatrischen Einrichtung, ist verheiratet, hat bereits zwei Kinder und ein Haus. Sie beschreibt, dass sie kurz vor der Geburt des dritten Sohnes einen Kreislaufzusammenbruch bekommt, worauf später ein weiterer folgt. Barbara vermutet, dass die „normale“ Geburt ihres Sohnes für die Wiedererinnerung Kinder werden mit Hilfe einer Saugglocke und Kaiserschnitt geboren. Nach der Entbindung des Kindes entwickelt sie Angstzustände, ohne dass sie ihre Gründe benennen kann. Das hört nach einiger Zeit wieder auf und sie bekommt Alpträume.





#### ■ Copingstrategien von Babara

Barbara versucht die Alpträume zu beenden, indem sie ihre Stimmlage verändert und laut zu sprechen beginnt. Neben diesen Träumen „reagiert“ sie plötzlich auf ihren Bruder. Wenn Babara mit ihm in einem Raum ist, bekommt sie Kreislaufschwierigkeiten und Atemnot. Da sie langsam von den sexuellen Übergriffen zu ahnen beginnt, bricht sie die innige Beziehung zu ihrem Bruder konsequent ab. Ab ihrem 35./36. Lebensjahr realisiert sie den sexuellen Missbrauch. Sie reagiert sehr stark mit Stresseemotionen, so dass sie in einem Jahr zwei sehr schwere Unfälle verursacht. Zudem versucht sie die Emotionen mit Alkohohl auszublenden, allerdings hat diese Copingstrategie die Konsequenz eines Führerscheinentzuges. Aus ihrer Überforderung aufgrund der überflutenden Erinnerungen und Ereignisse, erwirkt sie eine weitere Emotionenregulation durch Ablenkung, indem sie sich von ihrem Mann trennt, das gemeinsame Haus verkauft und mit den Kindern auszieht. Babara beschließt mit 38 Jahren ihr Arbeitsverhältnis zu kündigen, um sich gezielt mit der problemfokussierten Bewältigung ihres Traumas zu beschäftigen. Sie sucht sich unterstützende soziale Kontakte, indem sie eine Selbsthilfegruppe gründet. Durch diese Gruppe kann sie sich für ihre Thematik öffnen und beginnt, die Geschehnisse langsam zu bewältigen. Sie nutzt die Gruppe und ihr außerfamiliäres Umfeld, um über den Missbrauch zu sprechen. Sie kann sich dadurch erleichtern und holt sich auch Unterstützung in Form von Begleitung, wenn sie wieder Alpträume hat. Im Gegensatz zu dieser Bewältigungsstrategie wählt sie zudem bewusst den Rückzug, um sich selbst besser wahrzunehmen und zu reflektieren. Eine weitere Strategie ist die intensive literarische Auseinandersetzung mit diesem Thema und das „Outing“, dass sie Missbrauchsopfer ist. Sie pflegt dadurch einen sehr offensiven Umgang mit ihrem Trauma. Sie sagt, dass es jeder weiß, außer ihrer Familie. Die ahnen es, aber wissen es nicht von ihr (vgl. Babara, S. 7, Z. 221-227). Für eine Unterstützung in Form von Therapie ist sie noch nicht so weit, da sie Angst vor einem Kontrollverlust bzw. Absturz hat. Im Verlaufe ihres Copingsprozesses wird sie schon von verschiedenen professionellen Helfern daraufhin angesprochen, dass sie Hilfe braucht. Sie reagiert mit Abweisung oder auch „Flucht“. Babara stellt ihre Lebensqualität, die durch den Missbrauch bzw. den Aufarbeitungsprozess beeinflusst wird, wie folgt dar:



#### ▪ Zusammenfassung

Das Beispiel von Babara zeigt sehr anschaulich, welchen Weg das Vergessene bis zur Wiedererinnerung nehmen kann und mit welchen starken Emotionen und Konsequenzen ein traumatisierter Mensch dadurch zu kämpfen hat. Es wird anschaulich, dass der Betroffene zuerst seine Emotionen regulieren muss, bevor er sich um das eigentliche „Problem“ kümmern kann. Bei Babara ist das der Schritt von der völligen Überforderung bis zur bewussten Beendigung des Arbeitsverhältnisses, um sich der Bewältigung widmen zu können. Der Copingprozess ist bei Babara noch sehr aktuell, da sie immer noch unter Alpträumen und Aufkommen von neuen Bildern leidet. Sie schildert, dass sie aus dem Missbrauch und der schwierigen Bewältigungsphase ihren Nutzen bzw. Vorteil rausziehen kann. Zum Beispiel ist sie selbstreflektierter geworden und nimmt sich mehr wahr. Allerdings wird der Copingprozess noch andauern, da Bilder aus der Zeit des Missbrauchs durch den Vater hochkommen und Babara sich noch der Traumatherapie widmen muss.

### 5.6 Auswertende Zusammenfassung

Die fünf Fallbeispiele können unterschiedlicher nicht sein. An einigen Punkten der emotionsfokussierten Copingstrategien weisen sie allerdings Gemeinsamkeiten auf. Drei von den Betroffenen haben den Missbrauch „vergessen“, diesen haben sie teilweise länger als 15 Jahre verdrängt, bis er wieder hochkam. Einige versuchten mit Vermeidungsverhalten gegenüber dem Täter, sozialem Rückzug, Religion, Weglauftendenzen und mit Gebrauch von Alkohol ihre Emotionen zu regulieren.

## Emotionsfokussierte Copingsstrategien:

Franceska	Ruth	Simone	Esther	Babara
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dissoziation: Verdrängung</li> <li>▪ Vermeidungsverhalten</li> <li>▪ Sozialer Rückzug</li> <li>▪ Natur, Tiere, Malen</li> <li>▪ Magersucht</li> <li>▪ Depression</li> <li>▪ Suizidversuch</li> <li>▪ Eheschließung</li> <li>▪ Buddhismus</li> <li>▪ Einzeltherapie</li> <li>▪ „Drang“ von zu Hause weg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausreden gegenüber der Mutter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermeidungsverhalten</li> <li>▪ Schweigen</li> <li>▪ Versuchter Drogenkonsum</li> <li>▪ Weglaufen</li> <li>▪ Misstrauen</li> <li>▪ Schreiben</li> <li>▪ Essen</li> <li>▪ Energiearbeit</li> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Reisen</li> <li>▪ Promiskuität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dissoziation: Verdrängung</li> <li>▪ Autoaggression</li> <li>▪ Sport</li> <li>▪ Weite Kleidung</li> <li>▪ Sozialer Rückzug</li> <li>▪ Schulleistung</li> <li>▪ Glaube</li> <li>▪ Entspannung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dissoziation: Verdrängung</li> <li>▪ Alpträume</li> <li>▪ Kontaktabbruch zu Täter</li> <li>▪ Autounfälle</li> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Überforderung</li> <li>▪ Trennung</li> <li>▪ Haus verkauft</li> <li>▪ Auszug mit Kindern</li> </ul>

Interessant ist es zu sehen, dass nach dem Wiedererinnern der Copingprozess problemorientiert wird. Franceska und Esther setzen die Problemorientierung sofort nach der Bewusstwerdung des Missbrauchs ein, Babara hingegen bewältigt zuerst noch emotionsorientiert, bevor sie die Ursache angeht. Ruth gestaltet ihren Copingprozess fast ausschließlich problemfokussiert und bei Simone überwiegt meist das emotionsfokussierte Coping. Es wird ersichtlich, dass der soziale Rückhalt durch Freunde, einer festen Beziehung, Vertrauenspersonen und professioneller Hilfe die ausschlaggebenden Copingstrategien sind. Alle interviewten Frauen wenden sich an eine Person, die sie unterstützt. Auch war der Punkt der Offenbarung des Missbrauchs bei der Mutter interessant. Franceska scheitert bei dem Versuch, Hilfe von ihrer Mutter einzufordern. Sie reagierte darauf stark mit Verdrängung, Magersucht und Depression. Simone hingegen hat mehr Erfolg und die Mutter zieht die Konsequenz des Auszugs. Die Mutter von Ruth bleibt bei dem Vater, macht ihr allerdings keine Vorwürfe. Zudem ist die Erfahrung mit der professionellen Hilfe unterschiedlich. Franceska und Esther machen eine Psychotherapie. Ruth sucht sich Hilfe bei einer Beratungsstelle und einer Supervisorin. Simone und Babara haben noch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen. In den meisten Fällen überwiegt das emotionszentrierte Coping, welches meist in der Phase des Wiedererinnerns in das problemzentrierte Bewältigungsverhalten umschlägt. Zudem hängen die einzelnen Bewältigungsmöglichkeiten

### Problemfokussierte Copingstrategien:

Franceska	Ruth	Simone	Esther	Babara
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegeeltern</li> <li>▪ Anpassung an (Stief-)Eltern</li> <li>▪ Idealisierung</li> <li>▪ Offenlegung</li> <li>▪ Psychotherapie</li> <li>▪ Selbsthilfegruppe</li> <li>▪ Familienaufstellung</li> <li>▪ Begleitung durch Ehemann</li> <li>▪ Tina Turner</li> <li>▪ „Trotz allem“</li> <li>▪ „Leben“</li> <li>▪ Studium Sozialarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bücher</li> <li>▪ Freunde</li> <li>▪ Schweigen</li> <li>▪ Beziehung</li> <li>▪ Sozialarbeiterin</li> <li>▪ Offenlegung</li> <li>▪ Profamilia</li> <li>▪ Supervision</li> <li>▪ Kognitive Bewertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offenlegung</li> <li>▪ Gespräche mit Tante</li> <li>▪ „Erklärungsmodell“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beziehung</li> <li>▪ Freundinnen</li> <li>▪ Psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufgabe der Arbeitsstelle</li> <li>▪ Selbsthilfegruppe</li> <li>▪ Soziale Kontakte</li> <li>▪ Bewusster Rückzug</li> <li>▪ Outing</li> <li>▪ Literatur</li> </ul>

ten von ihren individuellen Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie von äußeren Faktoren ab. Simone zum Beispiel kommt nicht ohne ihren Cousin an Drogen. Franceska bekommt Zugang zum Buddhismus über eine Freundin. Die schon erwähnte soziale Unterstützung scheint für die Betroffenen die wichtigste Copingstrategie zu sein. An dieser Stelle kann die Unterstützung und Begleitung durch die Soziale Arbeit beispielsweise in Form einer Krisenintervention einsetzen, um den Klienten in der akuten Phase des Wiedererinnerns aufzufangen und ihn dabei zu helfen, sein zerrüttetes Selbst- und Weltbild wieder herzustellen. Zudem soll der Betroffene befähigt werden, von seiner traumatischen Erfahrung gestärkt hervorzugehen und sein Leben weiter zu bewerkstelligen.

## 6 Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen

„Die Problematik, die das Trauma aufwirft, kann ein Mensch nicht allein bewältigen“ (Fischer/Riedesser 2003, S. 63). Insbesondere die Erfahrungen der sexuellen Ausbeutung, die ein Kind oder Jugendlicher in den sensiblen Phasen der Entwicklung erfährt, prägen den Betroffenen für sein weiteres Leben. Copingstrategien, die ein Missbrauchsoffer während und nach der Phase des Missbrauchs unbewusst, aber vielleicht auch bewusst entwickelt hat, herrschen im weiteren Lebensverlauf noch immer vor und können die Lebensqualität erheblich einschränken. Der Erwachsene ist in seiner Bindungsfähigkeit und Sexualität beeinträchtigt, zieht sich aus dem sozialen Umfeld zurück, isoliert sich und vereinsamt. Er leidet unter Angstzuständen, Panikattacken und Alpträumen, ständiger Anspannung und selbstverletzenden Verhaltensweisen. Er kann psychische, physische und psychosomatische Erkrankungen, sowie Suchterkrankungen entwickeln. Es ist keine Seltenheit, dass der Betroffene während des Missbrauchs durch Dissoziation seine Gefühle abgespalten hat, die Situation verdrängt und dadurch „vergessen“ hat (vgl. Kapitel 3.5, 4.2, Enders 2003, S. 116f, 163) Wie die vorausgegangenen Beispiele der betroffenen Frauen gezeigt haben, sind teilweise 15 Jahre der Verdrängung des sexuellen Missbrauchs keine Einzelfälle. Das Kind oder der Jugendliche haben die sexuelle Gewalt dadurch „überlebt“. Der erwachsene Betroffene wird während des Wiedererinnerns mit dieser komplexen Traumatisierung wieder konfrontiert und muss mit seinem plötzlich zerstörten Selbst- und Weltbild neu umgehen lernen und das Trauma in sein Leben integrieren.

Mit Klienten, die sich im Erwachsenenalter mit ihrer frühkindlichen Traumatisierung auseinandersetzen müssen, kommt auch die Soziale Arbeit in Kontakt. Die Konfrontation mit dieser Klientel kann in allen Arbeitsbereichen von der Psychiatrie bis zur Jugendhilfe oder von der Gemeinwesenarbeit bis zur Arbeit mit alten Menschen stattfinden. Meistens sind es Sozialarbeiter, die in Erstkontakt mit traumatisierten Menschen, die in ihre Vergangenheit zurückversetzt wurden, treten. Die mehrmals zitierte „ehemalige Klientin“ zum Beispiel war Teilnehmerin einer religiösen Jugendfreizeit, als ihr frühkindlicher Missbrauch wieder hochkam. Ruth berichtete auch im Rahmen ihres Interviews: „Und bin wie durch Zufall, [...] mit der Sozialpädagogin zusammengestoßen [...] und auf einmal hatte ich das Gefühl, ich muss das jetzt mal alles einmal erzählen, was da am Wochenende passiert ist und was da meine Schwester gesagt hat und hab mich da zum ersten Mal an jemanden mehr oder weniger Professionellen gewandt, weil ich das Gefühl hatte, hier bin ich aufgehoben, hier ist mein Problem aufgehoben und hier wird mir einfach geholfen, also, das war dann auf einmal da“ (Ruth, S. 4, Z. 135f, 139-143). Traumatisierte Menschen haben durch ihr Trauma eine Aufgabe bekommen, die sie während ihres Lebens bewältigen müssen. Sie sollen sich nicht als Opfer ihrer

Umwelt bzw. ihrer Vergangenheit, sondern mit der Herausforderung konfrontiert sehen, von diesem traumatischen Ereignis zu profitieren und individuelle Stärken zu entwickeln. Die Soziale Arbeit übernimmt oftmals eine wichtige Rolle in der Begleitung von traumatisierten Menschen, die mitten im Leben von ihrer Vergangenheit eingeholt werden, diese bewältigen und in ihr Selbst- und Weltbild integrieren müssen. Allerdings muss sie sich deutlich von der anderen Unterstützungsform, der Traumatherapie, abgrenzen, um nicht von einer begleitenden in eine therapeutische Arbeitsform überzugehen.

## **6.1 Abgrenzung Therapie – Sozialarbeit**

Therapie und Sozialarbeit sind Arbeitsfelder, zwischen denen der Übergang teilweise fließend ist und sich die Grenzen verwischen können. Bis heute noch herrscht ein unklares Bild über die Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Öffentlichkeit, in den Nachbardisziplinen, sowie teilweise in der Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen selbst. „Sozialpädagoginnen erscheinen als Chamäleon: Allzu leicht übernehmen sie das Kolorit ihrer Umgebung: den weißen Kittel des Arztes, die blaugraue Bürokratenjacke oder die farbig-bunten Gewänder des ‚therapeutischen Federviehs‘“ (Bosshard et al. 2001, S. 51). Diese Anpassung liegt auch unter anderen daran, dass es kaum eine fundierte Sozialarbeitswissenschaft gibt. Um den Mangel auszugleichen, entwickeln Sozialarbeiter einen Eklektizismus, mit dem sie auf Theorien von verschiedenen Disziplinen, wie Medizin, Psychologie, Soziologie usw. zurückgreifen, um diese in ihre Arbeit zu integrieren und zu verwenden. Zudem machen sie sich immer wieder therapeutische Zusatzausbildungen zu Nutze, um ihren Beruf und die Arbeitsinhalte definieren zu können und sich mehr Fachkompetenz anzueignen (vgl. Galuske 2003, S. 133-135, Juhnke 2005, S. 24f, 66).

Die Profession der Sozialen Arbeit beinhaltet die Berufsgruppen des „Sozialarbeiters“ und „Sozialpädagogen“. Die beiden Begrifflichkeiten werden synonym verwendet und kaum noch mehr differenziert betrachtet, allerdings weisen sie in ihrer Ursprünglichkeit unterschiedliche Arbeitsfelder und Ausbildungsschwerpunkte auf. Sozialarbeiter sind eher administrativ tätig und arbeiten überwiegend mit Erwachsenen und Familien. Im Bereich der Betreuung, Erziehung, Bildung von Kindern und Jugendlichen sind meist Sozialpädagogen tätig (vgl. Bosshard et al. 2003, S. 52). Soziale Arbeit und Therapie verfolgen ein gemeinsames Ziel, indem sie Hilfe für eine gelingende Lebensbewältigung anbieten (vgl. Galuske 2003, S. 135). Grundsätzlich sind beide Ansätze sehr unterschiedlich und voneinander abzugrenzen.

### 6.1.1 Traumatherapeutische Ansätze

„Traumatherapie ist die spezifische Behandlung von Traumafolgestörungen mit adaptierten oder eigens entwickelten Methoden“ (Hausmann 2006, S. 113). Der Bereich der Therapie reduziert die komplexen Probleme des Betroffenen auf einige wenige „Schlüsselprobleme“ (Galuske 2003, S. 137), um diese spezialisiert zu behandeln. Die Therapie findet außerhalb des Alltags des Klienten in einem vorgegebenen Setting statt. Durch den therapeutisch gebundenen Ort und der spezifischen Therapiemethode wird das Alltagsgeschehen des Betroffenen verfremdet. Zum Beispiel kommt das klassische Assoziieren auf der Freudschen Couch im „normalen“ Leben des Klienten nicht vor. Zudem ist die Maßnahme einer Traumatherapie von hohen Hürden umgeben, die der Betroffene überwinden muss wie z. B. die lange Wartezeit auf einen Therapieplatz. Dadurch wird die Zeit von der traumatischen Situation bis zur spezifischen Behandlung oft sehr lange hinausgezögert (vgl. ebd., S. 138-142). Zudem muss der Klient für die Therapie verschiedene Voraussetzungen erfüllen: ein beendetes traumatisches Ereignis, von dem keine Gefahr mehr ausgeht und das keine Kontraindikationen aufweist. Relativ kontraindiziert wäre beispielsweise eine mangelhafte Distanzierung zum traumatischen Ereignis oder ausgeprägte Dissoziationsneigung. Akute Suizidalität, anhaltender Täterkontakt und psychotisches Erleben sind absolute Kontraindikationen und der Betroffene kann somit keine Therapie beginnen (vgl. Flatten et al. 2004, S. 7, Hausmann 2006, S. 114). Die Traumatherapie kann verschiedenste therapeutische Ansätze verfolgen, von der Kunsttherapie bis zur Hypnotherapie, von der Psychoanalyse bis zur psychotraumatologisch fundierten Psychotherapie. Aus letzterer hat sich zudem die kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Traumatherapie und die relativ neue und wirksame Behandlungsform „EMDR“ herauskristallisiert (vgl. Fischer/Riedesser 2003, S. 234f):

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) wurde 1987 von der Psychologin Francine Shapiro als Kurzzeittherapie zur Behandlung von psychischen Traumatisierungen und den daraus resultierenden posttraumatischen Belastungsstörungen entwickelt. Die Augenbewegungs-Desensibilisierung und -Verarbeitung geht davon aus, dass „seitliche (laterale) Augenbewegungen die kognitive Verarbeitung des Traumas begünstigen“ (Resick 2003, S. 183, vgl. Hofmann 2003, S. 153) und dies zu einer vollständigen Auflösung der Traumatisierung führen kann. Während der Mensch traumatischem Stress ausgesetzt war, wurde der Hippocampus blockiert und somit die Erinnerungen nicht im biografischen Gedächtnis und dem Sprachzentrum gespeichert. Durch Intrusionen, die nach dem Trauma erlebt werden, spürt der Betroffene die Emotionen und sensorischen Eindrücke (rechte Hemisphäre), die er in der traumatischen Situation hatte, er kann sie jedoch nicht verbalisieren (linke Hemisphäre). EMDR versucht mit Hilfe der bilateralen Stimulation der Augenbewegung, diese Blockade zwischen den Hemisphären aufzulösen. Wenn der Mensch die Möglichkeit hat, das trauma-



tische Geschehen zu verbalisieren, fördert dies die Verarbeitung (vgl. Hausmann 2006, S. 120). Die EMDR-Methode ist meist in einer anderen Traumatherapie integriert und unterteilt sich in acht Phasen:

1. *Anamnese und Behandlungsplanung:*

Hierbei befasst sich der Therapeut mit der Biografie vor dem Trauma, dem traumatischen Ereignis selbst, den inneren und äußeren Ressourcen und der gegenwärtigen Symptomatik. Ein Behandlungsplan mit den Therapiezielen wird aufgestellt (vgl. Hofmann 2003, S. 158, Schubbe 2006, S. 87-92).

2. *Vorbereitung und Stabilisierung*

Erklärung der EMDR-Methode und Einübung von verschiedenen Entspannungs- und Distanzierungstechniken zur Stabilisierung während und nach dem Prozess (vgl. Lamprecht 2005, S. 546, Schubbe 2006, S. 92)

3. *Bewertung des Traumas und seiner Folgen*

Der Betroffene schildert verschiedene Gedanken, sensorische und körperliche Eindrücke des Traumas, sowie die entwickelte negative und positive Selbstbewertung. Die Ergebnisse werden auf einer Skala von 0 - 10, von keiner Belastung bis zur Maximalbelastung subjektiv bewertet. Vor Beginn der Desensibilisierung wird eine Vertrauensperson und ein sicherer Ort vereinbart, wohin sich der traumatisierte Mensch wenden kann (Lamprecht 2005, S. 546).

4. *Desensibilisierung und Durcharbeitung*

Der Betroffene stellt sich ein Bild aus der traumatischen Situation mit den dazugehörigen negativen Bewertungen vor. Der Therapeut bewegt auf Augenhöhe des traumatisierten Menschen, seinen Finger horizontal schnell hin und her. Mit Hilfe der daraus entstehenden rhythmischen Augenbewegungsserien werden die Belastungen so lange bearbeitet, bis der subjektive Belastungswert auf 0 - 2 Punkte fällt. Nach jeder Stimulationsserie wird er nach seiner veränderten Wahrnehmung gefragt und bekräftigt im Prozess weiterzugehen, um die Belastung weiter zu verringern (vgl. ebd., S. 546f, Hofmann 2003, S. 159, Migge 2005, S. 451f).

5. *Verankerung der positiven Selbsteinschätzung*

Nachdem die subjektive Belastung gesunken ist, wird mit Hilfe der Augenbewegungen, die positive Selbstbewertung im Abgleich der negativen Kognitionen „verankert“ (vgl. Schubbe 2006, S. 101).

6. *Körpertest*

Mit Hilfe der gegenwärtigen Situation und den positiven Selbstbewertungen, versucht der Betroffene in seinem Körper zu spüren, ob noch Missempfindungen vorhanden sind (vgl. Lamprecht 2005, S. 547).

7. *Besprechung und Abschluss der Sitzung*

Entspannungs- und Distanzierungsübungen sichern das emotionale Gleichgewicht. Der Therapeut weist darauf hin, dass die Traumaverarbeitung auch

nach der EMDR-Sitzung weitergeht. Belastende Erinnerungen, Gedanken, Bilder soll der Betroffene notieren und in die Folgesitzung mitnehmen (vgl. ebd., S. 547, Schubbe 2006, S. 102f).

8. *Überprüfung der Wirkung in der nächsten Sitzung*

In der Folgesitzung wird erfragt, ob das Ausgangsthema von der letzten Sitzung verarbeitet und abgeschlossen wurde und ob neues Traumamaterial für die Bearbeitung aufgetaucht ist (vgl. Schubbe 2006, S. 103).

Die vielfältigen Methoden der Traumatherapie bedeuten für einen traumatisierten Menschen oftmals eine große Hilfe, sein Trauma zu bewältigen und in sein Leben integrieren zu können. Weitere Unterstützung und Begleitung kann er durch die Soziale Arbeit erfahren.

### **6.1.2 Sozialarbeiterische Ansätze**

Die Soziale Arbeit „fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (Molderings 2000, S. 1). Soziale Arbeit ist nach Silvia Staub-Bernasconi eine Menschenrechtsprofession und leistet ihren Beitrag dazu, dass unsere Gesellschaft sozial funktionsfähig bleibt. Es besteht eine Orientierung an den individuellen Bedürfnissen des Menschen und am gesellschaftlichen Bedarf. Die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit Menschen, die sich mit sozialen Problemen auseinandersetzen müssen, aber diese nicht alleine bewältigen können (vgl. Bosshard et al. 2001, S. 52f, Geiser 2004, S. 21). Die Gesellschaft stellt an die Soziale Arbeit verschiedenste Aufgaben, die sich folgendermaßen grob zusammenfassen lassen: Zum einen gibt dieser soziale Dienstleistungsbereich Hilfen für die verschiedenen Entwicklungsaufgaben des Menschen. Zum anderen werden Unterstützungsmöglichkeiten, Begleitung und Stabilisierung in belastenden, konflikthaften und krisenreichen Lebenssituationen angeboten. Spezifische problem- und ressourcenorientierte Maßnahmen zielen auf die Verbesserung von individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen ab (vgl. Bosshard et al. 2001, S. 54). Die Soziale Arbeit unterscheidet sich klar von der therapeutischen Ausrichtung, indem sie Probleme in ihr Sichtfeld nimmt, die das komplexe Alltagsgeschehen mit all seinen Facetten und Schwierigkeiten betrachtet. Zudem ist sie nicht an bestimmte alltagsferne Orte gebunden. Sozialarbeit findet zum Beispiel im Rahmen des betreuten Wohnens in der Wohnung des Klienten statt. Ein weiterer Unterschied zur Therapie befindet sich im Interventionscharakter; insofern die Soziale Arbeit „alltagsnah agiert und auf eine erhebliche Bandbreite von Alltagsproblemen ausgerichtet ist,

muss sie auf ein flexibles Spektrum von Interaktions- und Problembearbeitungsmustern zurückgreifen“ (Galuske 2003, S. 139). Sie lässt sich auf den Alltag des Klienten ein, auf sein soziales Netzwerk, sowie seine Bewältigungsmechanismen und -ressourcen. Die Klientel der Sozialen Arbeit lässt sich kaum eingrenzen, da es die unterschiedlichsten Personen vom Säugling bis zum alten Menschen, mit den verschiedensten Problemlagen, umfassen kann (vgl. ebd., S. 135-141). Der Gegenstand der Sozialarbeit ist die Beschäftigung mit den psychosozialen Problemlagen, die die Bedürfnisbefriedigung der Klienten kaum noch zulassen. Problemkategorien Sozialer Arbeit beschreiben:

- **Ausstattungsprobleme**

Der Mensch ist mit verschiedenen sozioökonomischen, sozioökologischen, soziokulturellen und biologischen Merkmalen und den daraus resultierenden sozialen Positionen und Rollen ausgestattet. Hinzu kommen noch die durch die Sozialisation angeeigneten Verhaltens- und Handlungsweisen, sowie sein Wissen, Denken, Fühlen, seine Interessen, Bedürfnisse und Motivationen (vgl. Bosshard et al. 2001, S. 56, Geiser 2004, S. 104-106). Das Beispiel von Barbara verdeutlicht, wie mit der Aufgabe des Arbeitsplatzes, dass auf Grund des Wiedererinnerns an den sexuellen Missbrauch Ausstattungsprobleme entstehen können.

- **Austauschprobleme**

Der tägliche Austausch in den vielfältigen Beziehungen eines Menschen gehört zum Alltagshandeln dazu. Dieses Handeln meint das Geben und Nehmen von „Waren und Gütern, Wissen und Können, genauso wie den Austausch von Gefühlen und Sinndeutungen“ (Bosshard et al. 2001, S. 57f). Die Austauschgüter werden von den Ressourcen beeinflusst, die eine Person aufgrund seiner Ausstattung beinhaltet. Das können die Interessen oder Ideen des anderen sein, aber auch das Austauschen von Intimitäten oder ökonomischer Güter wie Einkommen oder Haushaltsführung. Austauschprobleme können unfreiwillig entstehen, wenn jemand sozial isoliert lebt. Probleme in einer Beziehung gibt es zum Beispiel, wenn die Interaktion nicht bedürfnisgerecht, sondern als belastend empfunden wird, wie das Abnehmen gemeinsamer Aktivitäten und Gesprächsthemen. Zudem kann eine Abhängigkeit gegenüber anderen Personen entstehen, z. B. vom Partner oder von einem professionellen Helfer. Eine symmetrische Beziehung wird zur asymmetrischen Austauschbeziehung. (vgl. ebd., S. 58, Geiser 2004, S. 192, 196f).

- **Machtprobleme**

Die Ausstattung und der Austausch des Menschen beeinflussen die tägliche Lebensgestaltung und Steuerung. Ein Machtgefälle kann diese Möglichkeit erheblich beeinflussen. Eine sexuelle Ausbeutung ist ein typischer Machtmissbrauch der dominierenden Position, wie sie etwa der Vater gegenüber seinem Kind innehat.

Das Gefälle der Macht wird auch durch überlegenes Wissen, Denken und Fühlen, der körperlichen und ökonomischen Überlegenheit beeinflusst (vgl. Bosshard et al. 2001, S. 59, Geiser 2004, S. 211f).

- Kriterienprobleme

Die drei bereits erläuterten sozialen Problemlagen werden von den gesellschaftlichen Normen und Werten beeinflusst. Kriterien- bzw. Wertprobleme bedeuten, dass jemand bestimmte Wert- und Normvorgaben der Gesellschaft nicht erfüllen kann. Zum Beispiel, wenn ein vom sexuellen Missbrauch Betroffener auf Grund seines Traumas nicht mehr voll leistungsfähig ist und seinen Arbeitsplatz verliert (vgl. Bosshard et al. 2001, S. 60).

Ein Erwachsener, der in der Kindheit oder im Jugendalter sexuell traumatisiert wurde und den diese Tatsache lange Zeit später wieder einholt, kann die Unterstützung und Begleitung der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen. Aufgrund der Wiedererinnerung und der daraus folgenden hohen Beanspruchung seiner Bewältigungskompetenz kann es zu Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienproblemen kommen. Damit er diese Problemlage und seine Traumatisierung überwinden und bewältigen kann, ist er meist auf professionelle Hilfe angewiesen, die von der Sozialen Arbeit geleistet werden kann.

## 6.2 Krisenintervention

„Sehr viele Menschen haben in der Kindheit sexuelle Gewalterfahrungen gemacht. Sie sind ein häufiger Grund für Lebensprobleme oder Krankheiten jeglicher Art“ (Migge 2005, S. 443). Aufgrund der vielfältigen Folgeerscheinungen des sexuellen Missbrauchs wird die Soziale Arbeit in jedem Arbeitsfeld mit traumatisierten Erwachsenen konfrontiert. Dem Klienten kann das Trauma bereits bewusst sein oder er hat es verdrängt und die Erinnerung kommt wieder hoch. Eine amerikanische Studie bestätigte, dass ein wesentlicher Teil der Erwachsenen ihren sexuellen Missbrauch in der Vergangenheit „vergessen“ hatten. Die Erinnerung wird am häufigsten durch eine Therapie wieder ausgelöst, wie es bei Francesca der Fall war oder aber auch aufgrund anderer erinnerungsauslösender Reize wie Gespräche, Bücher, Filme, Vorträge, Gegenstände, Gerüche, Eingehen auf Intimität usw. (vgl. Feldman-Summer/Pope 2005, S. 336f). Das Wiedererinnern kann auch mit Horowitz Theorie der „Vollendungstendenz“ eines Menschen in Verbindung gebracht werden, die besagt, dass alle Traumata in einer Art Arbeitsgedächtnis gespeichert sind und irgendwann im Laufe des Lebens bearbeitet werden müssen. Wenn dies der Fall ist, ist eine Krisenintervention von Nöten, um den Betroffenen auffangen und stabilisieren zu können. Nach Caplan und Cullberg kennzeichnet eine Krise *„den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick*

*nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“* (Berger/Riecher-Rössler 2004, S. 19). Eine Krise entsteht somit in Zusammenhang mit einem emotionalen bedeutsamen Ereignis oder durch die Veränderung der Lebensumstände. Sie ist ein akuter Zustand, den ein Betroffener bedrohlich und überwältigend wahrnimmt und in dem die Bewältigungsstrategien überfordert sind (vgl. ebd., S. 19). Das nach Cullberg definierte Modell der traumatischen Krise kann mit dem Horowitz-Modell der normalen und pathologischen Traumareaktion oder der akuten Belastungsreaktion (vgl. Kapitel 2.3, S. 20f, 2.4.1, S. 24f, Müller 2004, S. 51) verglichen werden. Cullberg spricht von einer Schock-, Reaktions-, Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase als normalen Krisenablauf. Die Krise kann sich während der Zeit der Reaktion chronifizieren, wenn der Betroffene zu destruktiven Copingmaßnahmen wie Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum greift bzw. Krankheiten entwickelt oder zur Suizidalität neigt (vgl. Sonneck 2000, S. 16, 33f). Eine Krisenintervention greift bei solch einer Rückerinnerung an den sexuellen Missbrauch ein, um den Betroffenen in einem akuten Krisenzustand zu stabilisieren und ihm bei der Bewältigung der traumatischen Reaktion zu unterstützen.

## **6.2.1 Grundprinzipien einer Krisenintervention**

Die Krisenintervention meint hier nicht die Maßnahmen, die in der Akutpsychiatrie bei Psychosen oder Intoxikationen usw. angewendet werden, sondern als eine „Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht“ (Sonneck 2000, S. 61). Die Intervention spricht von der Hilfe zur Selbsthilfe und soll den Betroffenen beistehen, ihnen helfen und sie unterstützen, damit sie von ihren Rückerinnerungen an den sexuellen Missbrauch nicht völlig überflutet werden. Sie sollen sich innerlich stabilisieren, um einen effektiven Bewältigungsweg beginnen zu können und eine eventuelle Gefährdung wie Suizidalität abzuwenden. Die Herausforderung der Krisenintervention ist, alle zusammenhängenden Ereignisse, die mit der aktuellen Situation zu tun haben, zu erfassen und diese für das Coping nutzbar zu machen wie das Einbeziehen der sozialen Umwelt oder die Einbeziehung von anderen professionellen Hilfen (vgl. Wendler 2003, S. 67).

Die Intervention setzt bei der akuten Wiedererinnerung an den sexuellen Missbrauch ein. Die schnelle und unmittelbare Unterstützung des Sozialarbeiters bewirkt bei dem Betroffenen, dass er von den aufkommenden Gefühlen der Angst, Ohnmacht, des Ausgeliefertseins, der Trauer, der Wut usw. nicht völlig überflutet wird. Dadurch kann auch die Ausschüttung der Stresshormone abge-

mildert werden. Zudem ist die Krisenintervention durch die Präsenz, die ungeteilte Aufmerksamkeit und Aktivität des Helfers gekennzeichnet. „Traumatisierte Menschen benötigen parteiiche, stützend-entlastende und ressourcenorientierte Unterstützung, welche die Schutzfaktoren stärkt“ (Schmidt 2004, S. 239). Der Sozialarbeiter braucht hierbei verschiedene Kenntnisse im sozialen, psychologischen und psychotraumatologischen Bereich, die er effektiv, individuell und flexibel einsetzen kann. Beispielsweise kann die Einübung von Entspannungstechniken für den Betroffenen wichtig sein, um sich während der auftretenden Wiedererinnerungen innerlich zu stabilisieren. Die Krisenintervention zielt hierbei ab, dass der traumatisierte Mensch einen Weg zur Stabilisierung, weiteren Bewältigung und Verarbeitung dieser aufkommenden Ereignisse findet. Für eine weitere Aktivierung der Ressourcen des Betroffenen wird sein soziales Umfeld mit einbezogen, das unterstützend auf ihn einwirken kann. Allerdings müssen die Angehörigen, Freunde usw. über die posttraumatischen Verhaltensweisen gut informiert und aufgeklärt werden, damit sie effektive Hilfestellung leisten können. Die Krisenintervention zielt vor allem auch auf die Entlastung des Klienten ab, damit diesem bewusst wird, dass der sexuelle Missbrauch vorüber ist und er bereits einen weiten Weg der Bewältigung bzw. des „Überlebens“ vollzogen hat. Weiter ist eine Netzwerkarbeit bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig und auch nötig wie das Einbeziehen von traumatherapeutischer Hilfe, um eine eventuell entwickelte posttraumatische Belastungsstörung zu behandeln (vgl. Sonneck 2000, S. 20f, Wendler 2003, S. 68-70, Müller 2004, S. 238-240). Das Wiedererinnern an den sexuellen Missbrauch soll nicht als Katastrophe, sondern Chance für den Menschen gesehen werden, an der er wachsen und reifen, sowie durch die Aufarbeitung und Bewältigung seine Lebensqualität verbessern und das traumatische Ereignis in sein Leben integrieren kann.

## **6.2.2 Maßnahmen während der Krisenintervention**

Durch die Wiedererinnerung an den sexuellen Missbrauch können die Betroffenen erheblich in ihrem Selbst- und Weltbild erschüttert werden und ihr Sicherheitsgefühl in Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins umschlagen. Oft sehen sie sich auch in der hilflosen Opferrolle, mit der sie alleine nicht mehr umgehen können. Allerdings stellt die Wiedererinnerung an das Trauma eine Herausforderung für die Betroffenen dar, da sie nun die Aufgabe bekommen haben, den sexuellen Missbrauch aufzuarbeiten und zu bewältigen, um eine Integration der Geschehnisse in ihr Leben zu ermöglichen. Eine Kriseninterventionsmaßnahme kann unterstützend in diesem individuellen Bewältigungsprozess sein. Die Intervention hat die Möglichkeit bei verschiedenen Zeitpunkten einzusetzen. Zu einem in der Phase direkt nach dem traumatischen Ereignis, zum anderen nach einer gewissen Einwirkungszeit oder etwa vier Wochen nach dem Wiedererinnern.

nern, wo sich bereits eventuelle Folgeerscheinungen wie eine posttraumatische Belastungsstörung gebildet haben (vgl. Schmidt 2004, S. 240f).

Die Krisenintervention findet in verschiedenen Settings statt, zum Beispiel in einer Beratungsstelle, in einer Freizeit für Jugendliche und junge Erwachsene, beim betreuten Wohnen, in einem Wohnheim für erwachsene behinderte oder psychisch kranke Menschen usw., da ein Wiedererinnern überall, zu jeder Zeit und in jedem Arbeitsfeld auftreten kann.

Ein Sozialarbeiter handelt während der Intervention nach einem so genannten „generellen Ansatz“. Dieser „konzentriert sich auf den kennzeichnenden Verlauf eines bestimmten *Typs* von Krise und nicht auf die Psychodynamik des Einzelfalls. Die Behandlung zielt auf eine adaptive Auflösung der Krise ab“ (Aguilera 2000, S. 49). Dadurch kann auch eine Krisenintervention durch eine nicht-psychiatrisch ausgebildete Fachkraft, wie den Sozialarbeiter durchgeführt werden. Er braucht allerdings Kenntnisse bzw. Grundkenntnisse über Gesprächsführung, Erarbeitung von Situations-, Problem-, Ressourcen- und Copinganalysen, Krisenverläufe, akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Krisenmanagement und die Techniken der Krisenintervention. Die folgenden beschriebenen Elemente der Krisenintervention orientieren sich nach dem Krisenmodell von Cullberg (Schock – Reaktion – Bearbeitung – Neuorientierung). Das ist der Symptomatik der akuten Belastungsreaktion ähnlich, die ein Klient nach dem Wiedererinnern entwickeln kann. Die Maßnahme wird in verschiedene Schritte unterteilt, die in einer dynamischen Beziehung zueinander stehen und sich wechselseitig bedingen:

➤ Schock- und Reaktionsphase:

- Sicherheit vermitteln und wiederherstellen

Durch das Wiedererinnern an den sexuellen Missbrauch in der Vergangenheit wird bei den meisten Klienten ihr eigenes Selbst- und Weltbild zutiefst erschüttert. Sie fühlen sich hilflos, ohnmächtig und ausgeliefert gegenüber den wiederkehrenden Erinnerungen. Es kommt zu einer erheblichen Verunsicherung in ihrem Sicherheitsgefühl. Die Stresseemotionen überfordern. Der Sozialarbeiter kann durch nonverbale Verhaltensweisen oder angemessene Nähe und Distanz Sicherheit vermitteln und die emotionale Entlastung der Betroffenen zulassen. Bei einer Klientin wurden zum Beispiel in der Situation des Wiedererinnerns ihre Hände berührt, während sie ihre momentanen Erinnerungen, Gefühle und Gedanken schilderte. Sie zitterte anfangs am ganzen Körper, doch durch die leichte Berührung an ihren Händen hörte das Zittern langsam wieder auf. In dieser Anfangsphase der Krisenintervention ist das aufmerksame Zuhören wichtig, damit der Klient spürt, dass seine Ängste und Probleme ernst genommen werden und ihm geglaubt wird. Er kann beim erstmaligen Erinnern noch unsicher sein, ob die

auftauchenden Bilder der Wahrheit entsprechen. Ausgangsbasis für diesen Erstkontakt ist die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehungsherstellung zwischen Klienten und Sozialarbeiter, die den Wirkfaktor der weiteren Krisenintervention erhöht (vgl. Dross 2001, S. 21, 45, Rothen/Enders 2003, S. 376, Schmidt 2004, S. 242).

- Als parteilicher Gesprächspartner zur Verfügung stehen

Wie schon die Interviewsauswertungen ergeben haben, ist die soziale Unterstützung ein nicht zu unterschätzender Faktor. Nach dem Erstgespräch, in dem der Betroffene seine Wiedererinnerungen schildert, ist es wichtig, dass eine kontinuierliche und zuverlässige Begleitung und Unterstützung einsetzt. Umso besser kann die Bewältigung und Integration des Traumas bewerkstelligt werden. Zudem ist es notwendig, dass der Sozialarbeiter einen parteilichen Gesprächspartner darstellt, der die Geschehnisse anerkennt und den Klienten von seinen Schuld- und Schamgefühlen entlastet. Der Helfer muss sehr einfühlsam sein, sich für den Betroffenen zur Verfügung stellen, aber sich nicht aufdrängen. Die vorsichtige Ermutigung, über den Missbrauch zu sprechen und die Gefühle zuzulassen, ist hilfreich für die weitere Bewältigung. Es ist auch wichtig, das Bewusstsein des Klienten auf die Gegenwart zu konzentrieren: dass die Gefahr der Vergangenheit vorüber ist und er bis hierher „überlebt“ und gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt hat, um als erwachsene und autonome Person leben zu können. Sinnvoll ist es, den Klienten da abzuholen, wo er gerade ist. Zum Beispiel ist es für ihn wichtig, über die aufkommenden Erinnerungen zu sprechen, um die Geschehnisse des sexuellen Missbrauchs zu rekonstruieren, verstehen und sich erklären zu können (vgl. Schmidt 2004, S. 242, Rothen/Enders 2003, S. 375).

- Stress reduzieren

Die Wiedererinnerung an das Trauma stellt eine enorme Stressbelastung dar. Die Regulation dieser Emotionen und somit die Vermittlung bzw. Ausarbeitung von emotionsfokussierten Copingstrategien ist für den Bewältigungsprozess unabdingbar. Wenn der Betroffene selbst nicht über geeignete Strategien verfügt und selbstschädigende Bewältigungsmaßnahmen annimmt wie Alkoholkonsum oder exzessives Essen, können ihm zum Beispiel verschiedene Entspannungstechniken wie progressive Muskelentspannung oder autogenes Training vermittelt werden. Es ist auch hilfreich, Symptome der akuten Belastungsreaktion zu erläutern, damit der Betroffene seine Verhaltensweisen erklären und verstehen kann und ihm somit die Befürchtung genommen wird, dass er aufgrund der Wiedererinnerungen psychisch krank sei (vgl. Schmidt 2004, S. 243).



- Bearbeitung und Neuorientierung
  - Verarbeitungsprozess fördern

Bei der traumatischen Krise wird der Fokus auf die Krisenverarbeitung gelegt. Der Betroffene soll befähigt werden sich von seinen aufkommenden Wiedererinnerungen zu stabilisieren und zu entlasten. Wenn die Emotionen reguliert werden konnten, besteht nun die Möglichkeit, dass der traumatisierte Mensch zusammen mit dem Sozialarbeiter ausarbeitet, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten er zur Verfügung hat, um auf den weiteren Copingprozess und die Traumaintegration positiv einzuwirken. Der Helfer kann dabei die Hilfe der Ressourcen-diagnostik mit einem Ressourceninterview oder Kompetenzdialog nutzen (vgl. Kapitel 6.3.1, S. 98ff, Kapitel 6.3.2, S. 101ff). Nach der Ausarbeitung des individuellen Bewältigungsprozesses und der Stabilisierung besteht die Möglichkeit weitere Probleme zu lösen, die sich aufgrund der Wiedererinnerung gebildet haben. „Probleme mit sich selbst, in der Beziehung, am Arbeitsplatz und im sozialen Umfeld müssen bearbeitet werden“ (Rothen/Enders 2003, S. 375). Die Betroffenen müssen im Hier und Jetzt angekommen sein, ihr Trauma verstehen und sich den Folgen bewusst werden. Erst dann können sie sich den anderen Belastungen widmen (vgl. Rothen/Enders 2003, S. 375, Schmidt 2004, S. 239).

- Das soziale Umfeld aktivieren

Ein weiteres Element ist die Aktivierung und Einbeziehung des sozialen Umfelds. Dies ist wichtig, da der Sozialarbeiter nur in einer begrenzten Zeit auf den traumatisierten Menschen einwirken kann, dieser aber Unterstützung über einen längeren Zeitraum braucht. Er kann durch seine Familie, Freund, Verwandte, Kollegen usw. unterstützt werden. Bei diesen Personen ist wie beim Klienten selbst eine Aufklärung über die Erscheinungsform einer posttraumatischen Symptomatik und Verhaltensweisen wichtig, damit effektiv im Bewältigungsprozess eingegriffen werden kann. Wenn allerdings keine Unterstützung aus der Familie, von Freunden, Verwandten usw. zu erwarten ist, weil beispielsweise der Täter der Vater ist und der Betroffene der Unwahrheit beschuldigt wird, kann auch außerhalb des nahen sozialen Umfelds Hilfe eingeholt werden: aus der Gemeinde, durch ehrenamtliche Helfer, Nachbarn, Pfarrer usw. (vgl. Schmidt 2004, S. 243).

- Bei Bedarf an weiterführende Hilfen vermitteln

Die Weitervermittlung zu einer Traumatherapie oder Selbsthilfegruppe kann nach der Krisenintervention sinnvoll sein, damit der Betroffene die Möglichkeit hat, sich in seinem weiteren Bewältigungsprozess Hilfen in einer anderen Form für sich in Anspruch zu nehmen (vgl. Rothen/Enders 2003, S. 376f, Schmidt 2004, S. 243f).

Der Betroffene soll mit Hilfe dieser kurzzeitigen und schnell einsetzenden Maßnahme befähigt werden, seine Erinnerungen zu ordnen, diese zu bewältigen und

in sein Leben zu integrieren. Die Soziale Arbeit, die ihn in diesem Prozess begleiten kann, basiert auf einer ressourcenorientierten Grundeinstellung, die unter dem Begriff „Empowerment“ bekannt ist.

### **6.3 Empowerment**

Empowerment bedeutet Selbstbefähigung oder Selbstbestimmung und stellt eine Grundhaltung sowie ein Konzept der Sozialen Arbeit dar. Der Begriff „Empowerment“ entstammt ursprünglich der schwarzen Bürgerrechtsbewegung und der Frauenbewegung der USA. In der Sozialarbeit bedeutet dies, den Perspektivenwechsel von defizitorientiertem zum ressourcenorientiertem Denken. Empowerment kann auf individueller Ebene, der Gruppenebene, institutioneller Ebene und Gemeindeebene stattfinden (vgl. Galuske 2003, S. 269, 271f, Herriger 2006, S. 86). „Ausgangspunkt von Empowerment-Prozessen ist stets das Erleben von Machtlosigkeit und Fremdbestimmung – die Erfahrung also, ausgeliefert zu sein, mit dem Rücken an der Wand zu stehen, die Fäden der eigenen Lebensgestaltung aus der Hand zu verlieren“ (Herriger 2006, S. 54). Diese beschriebenen Gefühle können sich auch bei Menschen widerspiegeln, die ihre Vergangenheit durch die Wiedererinnerung an den sexuellen Missbrauch einholt. Empowerment befähigt und ermutigt die Betroffenen, sich dieser Belastung zu stellen und diese nicht wieder zu vergessen, zu verleugnen oder zu verdrängen. Es werden die individuellen Ressourcen aufgedeckt, die dem traumatisierten Menschen dabei helfen, seinen eigenen Lebensweg selbstbestimmt fortsetzen zu können und sein Leben nicht mehr ausschließlich von dem traumatischen Ereignis des sexuellen Missbrauchs bestimmen zu lassen (vgl. ebd., S. 20). Die bereits erläuterte Krisenintervention, die bei der Wiedererinnerung eingesetzt werden kann, bewerkstelligt einen Empowermentprozess auf individueller Ebene, wobei eine Ressourcendiagnostik zur „Erfassung persönlicher Stärken“ (Nestmann 2004, S. 79) von Nutzen sein kann. Diese Vorgehensweise ist behilflich, die Ressourcen des Betroffenen zu aktivieren, seine traumatischen Erlebnisse zu bewältigen und in sein Leben zu integrieren.

#### **6.3.1 Ressourcendiagnostik**

Ressourcenorientierte Arbeit heißt nicht, die Defizite eines Menschen außer Acht zu lassen. „Klienten wollen auch mit ihren Schwierigkeiten und Problemen gesehen werden“ (Knuf 2006, S. 17). Die Ressourcenorientierung bedeutet, sich mit den Problemen und den Fähigkeiten des Klienten zu beschäftigen, um die Ressourcen herauszufiltern, die zur Lösung seiner Beeinträchtigung beitragen können. Eine Ressource ist eine personale Fähigkeit oder ein Umweltpotential und wird in der Regel aktiviert und eingesetzt, um etwas zu erreichen oder zu ermöglichen. Ressourcen werden freigesetzt, um eine Aufgabe zu lösen. Wie die Befriedi-

gung der Grundbedürfnisse, Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und belastenden Anforderungen sowie das Erreichen des Identitätszieles. Ob die Ressourcen funktional sind, stellt sich heraus, wenn das individuelle Ziel erreicht wurde. Die Ressource wird von der Person bewertet und es kommt zu einer Sinnzuschreibung (vgl. Schiepek/Cremers 2003, S. 152, Nestmann 2004, S. 77f, Herriger 2006, S. 88f). Für die Soziale Arbeit ist es wichtig zu wissen, über welche konkreten Ressourcen ein Mensch verfügen kann:

#### ■ Personenressourcen

Personenressourcen haben sich durch die individuelle Lebensgeschichte eines Menschen entwickelt und geprägt. Sie werden zum Beispiel in Werthaltungen, Selbstkognitionen, emotionalen Bewältigungsstilen, Handlungskompetenzen deutlich, die zur Auseinandersetzung von kritischen Lebensereignissen, Entwicklungsaufgaben und zur Alltagsbewältigung eingesetzt werden (vgl. Herriger 2006, S. 90). Die personalen Ressourcen können in vier Kategorien unterschieden werden:

##### **Physische Ressourcen:**

- Gesundheit, Kraft, Ausdauer usw.
- Schützende Temperamentsmerkmale: z. B. Optimismus, hohe Anpassungsfähigkeit, ausgeglichene und stabile Stimmungslage
- Physische Attraktivität, positiver Bezug zum eigenen Körper

##### **Psychische Ressourcen:**

- Begabung: intellektuelle Fähigkeiten, gute Informationsverarbeitung, Lern- und Leistungsfähigkeit, kreative und künstlerische Talente, praktische Intelligenz usw.
- Selbstakzeptanz und Selbstwert: ungebrochenes Selbstwertgefühl, Sinnhaftigkeit seines Lebens
- Motivation: Interessen und Lebensziele
- Bewältigungsoptimismus: Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Vertrauen in eigene Bewältigungskompetenz usw.
- Zukunftsoptimismus
- Positive emotionale Regulation, Selbstsorge und psychophysische Entspannung usw.

##### **Kulturelle und symbolische Ressourcen:**

- Kulturelles Kapital: Bildung, Fertigkeiten, Einstellungen, Überzeugungen, analytisches Wissen, Reflexionsfähigkeit usw.
- Berufsbezogenes Wissenskapital: professionelles Wissen, Expertenwissen durch Berufspraxis
- Einbindung in subjektive Handlungsethik: religiöses/ethisches/politisches Glaubenssystem
- Engagement am Gemeindewohl
- Sinnhaftigkeit des Lebens
- Soziale Anerkennung und Zugehörigkeit

##### **Relationale Ressourcen:**

- Empathie: Wahrnehmung der eigenen Gefühle, Bedürfnisse, Interessen, Wünsche usw.
- Offenheit: Eigene Bedürfnisse/Wünsche auszudrücken und einzubringen
- Beziehungsfähigkeit
- Konfliktfähigkeit
- Kritikfähigkeit
- Veröffentlichungsbereitschaft: Hilfesignale in Lebenskrisen aussenden und Hilfe suchen
- Zielgerichtete Suche nach Unterstützung
- Fähigkeit soziale Unterstützung später zurückzugeben

(vgl. Herriger 2006, S. 90f)

- Umweltressourcen

Umweltressourcen bestehen zu einem aus Beziehungsressourcen, bedingt durch Partnerschaft, Familie und Netzwerke und zum anderen aus strukturellen Ressourcen, die die Lebenslage sichern (vgl. ebd., S. 91):

**Soziale Ressourcen:**

- Liebe: harmonische und sichere Beziehung zum Partner, Austausch von Liebe, Sexualität, Vertrauen, Unterstützung usw.
- Personale Ressourcen des Partners: in kritischen Lebenslagen Partner beistehen und unterstützen usw.
- Soziale Einbindung in ein soziales Netzwerk, wie Familie, Freunde usw.

**Ökonomische Ressourcen:**

- Arbeit, Arbeitseinkommen, Arbeitsplatzsicherheit
- Ökonomisches Kapital: Verfügung über Geld, Wohnungseigentum, Grundbesitz usw.
- Sozialstatus: Soziale Zugehörigkeit, Anerkennung, Wertschätzung usw.

**Ökologische Ressourcen:**

- Arbeitsplatzqualität: geringes Maß an physischen Risiken und psychischen Belastungen usw.
- Wohnqualität: relativ umfassende subjektive Freiheitsgrade in Hinblick auf Ausgestaltung der Wohnbedingungen
- Wohnumfeldqualität: Anregungsvielfalt durch natürliche, bauliche und kulturelle Umwelt, wenig Belastung durch Umwelttoxine usw.

**Professionelle (Dienstleistungs-) Ressourcen:**

- Orientierungswissen: Wissen über seine Rechtsansprüche und sozialen Dienstleistungen
- Strukturqualität: Zugang zu psychosozialen Diensten, wie Beratungsstellen, Therapie
- Prozess- und Produktqualität: Hilfe zur Selbsthilfe, keine Bevormundung durch Hilfeeinrichtung (vgl. Herriger 2001, S. 91f)

Die Ressourcen eines Klienten der Sozialen Arbeit können zum Beispiel durch ein Ressourceninterview verdeutlicht werden. Hierbei werden ressourcenorientierte Fragen gestellt, um den Blick des Betroffenen auf seine Fähigkeiten und Fertigkeiten zu lenken. Traumatisierte Menschen können zum Beispiel gefragt werden: Wann müssen sie nicht über den sexuellen Missbrauch nachdenken? In welchen Situationen geht es ihnen gut? Was tun sie, dass es ihnen besser geht? Wie kann das weiter ausgebaut werden? Woran würden sie merken, dass es ihnen besser geht? Woran würde es ihre Umgebung bemerken? Die Wunderfrage: Stellen sie sich vor, über Nacht kommt eine Fee und zaubert ihre Probleme weg. Woran würden sie und ihre Umgebung das bemerken? Was haben sie getan, um trotz ihrer Verzweiflung weiterzumachen? Was haben sie alles getan, um den Missbrauch zu „überleben“? Was haben sie unternommen, dass es ihnen nicht noch schlechter ging? Was können sie in den nächsten 24 Stunden tun, dass es ihnen besser geht? usw. (vgl. Hesse 1999, S. 60-63, 67, Knuf 2006, S. 25). Die aufgezählten Fragen können auch vereinfachter dargestellt werden, wie zum Beispiel: Wann haben sie sich in letzter Zeit gut gefühlt? Was war das schönste Erlebnis in letzter Zeit/im Leben? Was würden sie gerne einmal wieder erleben usw.

Die ressourcenorientierten Fragen dürfen nicht immer angewendet werden, sondern müssen der Situation und der Befindlichkeit des Klienten angepasst sein.

Diese Fragestellungen können den Betroffenen leicht überfordern, da sie ein hohes Maß an Selbstreflexion voraussetzen, die in akuten Phasen der Wiedererinnerung nicht vorhanden ist. Wenn die persönlichen Ressourcen bekannt sind, fördert dies das Kohärenzgefühl eines Menschen, indem er seinem Leben eine Sinnhaftigkeit zuschreiben kann (vgl., Herriger 2006, S. 95, Knuf 2006, S.23, 26). Neben einem Ressourceninterview kann auch die Biografiearbeit dazu genutzt werden, um die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zu verdeutlichen.

### **6.3.2 Biografiearbeit**

Jeder Mensch hat eine Lebensgeschichte. Die Soziale Arbeit kann sich die Biografiearbeit für die Darstellung von Fertigkeiten und Fähigkeiten eines Klienten zu nutze machen. Durch eine Selbstthematisierung können vergangene Lebenszusammenhänge erstellt und nach „verschütteten Lebenskräften“ (Herriger 2006, S. 105) gesucht werden. Biografiearbeit ist auch auf die weitere Zukunftsgestaltung ausgerichtet. Sie ist der „Versuch, Mensch-Sein als Körper, Geist und Seele in den individuellen, gesellschaftlichen und tiefenpsychologischen Dimensionen wahrzunehmen“ (Ruhe 1998, S. 134). Die Biografiearbeit kann sich in Erinnerungsarbeit und biografisches Lernen oder in einen Kompetenzdialog und der lösungsorientierten Arbeit an der Zukunft darstellen. Ersteres meint, dass sich der Klient an seinen Lebensverlauf mit all seinen Höhen und Tiefen erinnern soll. Durch diese Gelegenheit kann diesem sein Lebenssinn bewusst werden und welche Stärken und Fähigkeiten er besitzt, mit schwierigen und problematischen Situationen umzugehen (vgl. Herriger 2006, S. 105-117).

Bei sexuell traumatisierten Menschen besteht hierbei die Möglichkeit der Darstellung, wie sie zum Beispiel den Missbrauch „überlebt“ und welche Überlebensstrategie sie entwickelt haben. Zudem kann vielleicht herausgefunden werden, wie der Missbrauch das Leben geprägt hat und in welchem Zusammenhang er zustande gekommen ist. Der Kompetenzdialog erschließt eine weitere Möglichkeit der Empowermentarbeit. In diesem Dialog werden wiederum die Fähigkeiten und Bewältigungsfähigkeiten des Klienten aus dem Lebenszusammenhang erschlossen. Seinen Ursprung hat der Kompetenzdialog aus der lösungsorientierten Beratung. Dieser versucht „vorhandene Kompetenzen und ein aktuelles Problem so zusammenzubringen, dass die Kompetenzen für die Lösung des Problems genutzt werden“ (Knuf 2006, S. 28) können. Die Einbeziehung der Bewältigungsressourcen des Klienten tragen zu einer schrittweisen Veränderung seiner Problematik dar.

Der Kompetenzdialog untergliedert sich in drei Teilschritte. Der Betroffene formuliert für sich eine individuelle und realistische Zielsetzung, die er erreichen möchte. Nach der Festlegung seiner Ziele wird in seiner Biografie nach Zeiten

gesucht, wo er Erfahrungen mit „Kompetenz, Gelingen und Erfolgreich-Sein“ (Herriger 2006, S. 121) gemacht hat. Der Blick wendet sich aus der aktuellen Hilflosigkeit und Überforderung an Momente in der Vergangenheit, wo die momentanen Gefühle nicht vorhanden waren. Der Betroffene nimmt dadurch seine eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten wahr. Das kann ihm Mut machen. Er entwickelt ein Selbstvertrauen und kann dies zur Orientierung an der zukünftigen Bewältigung des Belastungsereignisses zu Hilfe nehmen. Im dritten Schritt werden die positiven Erkenntnisse mit den Zielvorstellungen verglichen und es filtern sich die Bewältigungsstrategien heraus, die zum Problembewältigungsprozess genutzt werden können (vgl. Herriger 2006, S. 120f, Knuf 2006, S. 28f).

Durch die Biografiearbeit im Empowermentprozess können sexuell traumatisierte Menschen wieder selbst befähigt werden, ihre Hilf- und Hoffnungslosigkeit zu verlassen und das Erlebte als Chance bzw. Herausforderung zu sehen, um an der Erfahrung zu wachsen und gestärkt ihr Leben weiter leben zu können. Die Begleitung von Erwachsenen, die sich an ihrem sexuellen Missbrauch wiedererinnern, stellt für die Sozialarbeiter oft eine hohe Belastung dar, so dass sie sich selbst schützen müssen, um nicht auch eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln.

#### **6.4 Grenzen der Belastbarkeit**

„Zu helfen erschöpft die Seele“ (Stamm 2002, S. 16). Ein Sozialarbeiter kann bei Arbeit mit traumatisierten Menschen an seine fachlichen oder persönlichen Grenzen stoßen. In einem solchem Arbeitsbereich müssen die Helfer über eine gute psychische Stabilität verfügen. Sozialarbeiter werden insbesondere in der Arbeit mit sexuell traumatisierten Menschen mit der Realität eines Traumas und mit der Existenz von teilweise unvorstellbaren Gewalttaten konfrontiert. Dadurch kann auch sein eigenes Sicherheitsgefühl oder sein Weltbild erheblich erschüttert werden. Er wird sich seiner eigenen Verletzlichkeit und Hilflosigkeit bewusst. Sozialarbeiter „sind keineswegs unverwundbar, sondern können wie alle Menschen von bestimmten Ereignissen, Eindrücken und Gefühlen erschüttert oder überwältigt werden“ (Hausmann 2006, S. 149).

Die Begleitung und Unterstützung von traumatisierten Menschen und das empfundene emotionale Mitgefühl kann bei dem Helfer eine Mitgefühlerschöpfung und indirekte oder sekundäre Traumatisierung bewirken. Das kann bis zu einer Ausbildung von posttraumatischen Belastungsstörungen beim Helfer führen. Faktoren, die ein Trauma bei dem professionellen Helfer fördern können, sind zu einem die Empathie des Sozialarbeiters gegenüber dem Klienten. Durch ein großes Einfühlungsvermögen wird das Trauma verstanden, aber es findet dadurch auch eine Übertragung des Traumas an den Professionellen statt, so dass dieser selbst traumatisiert werden kann (vgl. Figley 2002, S. 41, 54).

Des Weiteren gibt es noch die traumatisierten Helfer, also Sozialarbeiter, die selbst ein Trauma durch einen sexuellen Missbrauch erlitten haben. Die interviewten Frauen zum Beispiel absolvieren alle Ausbildungen im sozialen Bereich. Vier von ihnen studieren Soziale Arbeit. Simone ist als Erzieherin tätig. Im Interview wurden sie gefragt, wie sie einen Umgang mit sexuell traumatisierten Menschen pflegen würden. Franceska sagt aus, dass sie die professionelle Distanz nicht wahren könnte und versucht deshalb, diesen Arbeitsbereich bewusst zu meiden. Esther geht davon aus, dass sie auf Grund ihrer Erfahrung nicht auf andere schließen kann. Wenn sie mit einer solchen Klientel konfrontiert würde, bezweifelt sie, dass sie alleine durch Ausbildung der Sozialen Arbeit bei diesen Menschen eine professionelle Hilfestellung leisten könnte. Für sie kommt dann das Hinzuziehen einer anderweitigen Unterstützungsmöglichkeit oder eine Zusatzqualifikation in Frage. Simone ist der Ansicht, dass ihre Vorgeschichte für sie hilfreich ist, um sich in das Klientel besser hineinzuversetzen. Ruth glaubt, dass sie diesen Klienten nicht gerecht werden könnte. Babara hingegen sucht den Kontakt mit traumatisierten Menschen und konfrontiert diese auch teilweise mit ihrer eigenen Geschichte. Diese Frau ist besonders gefährdet, durch das eigene Trauma eine sekundäre Traumatisierung oder Retraumatisierung zu entwickeln. Möglicherweise überträgt sie ihre eigenen Erlebnisse auf den Klienten, hört ihm nicht mehr genau zu und teilt ihm Ratschläge mit, wie sie selbst mit ihrem persönlichen Trauma umgegangen ist. Auch die Arbeit mit traumatisierten Kindern kann sekundäre Traumata fördern (vgl. Figley 2002, S. 54f).

Um einer sekundären Traumatisierung und einem eventuellen daraus resultierenden Burnout vorzubeugen, hilft die Fähigkeit der Selbstreflexion, um Veränderungen bei sich selbst festzustellen und zu benennen. Eine Entwicklung von effektiven Bewältigungsstrategien wie Entspannungstechniken, positive soziale Kontakte, klare Trennung des beruflichen und privaten Bereichs, ausgleichende Freizeitaktivitäten, sich selbst eine Freude machen usw. sind wichtige Stützen (vgl. Hausmann 2006, S. 154). Durch Supervision, kollegiale Beratung und Fortbildungen kann auch der sekundären Traumatisierung vorgebeugt werden. Sozialarbeiter können sexuell traumatisierten Menschen nur dann effektiv helfen, wenn sie mit sich selbst im Klaren sind, auf sich achten und ihren Berufsalltag durch ein „gesundes“ privates Leben ausgleichen.

## **6.5 Zusammenfassung**

Das Kapitel „Sozialarbeit mit traumatisierten Menschen“ stellt die Abgrenzung zur traumatherapeutischen Arbeit dar. Die Traumatherapie ist fokussiert auf einige „Schlüsselprobleme“, die während der Therapie behandelt werden. Die Soziale Arbeit hingegen begleitet den Betroffenen alltagsnah, d. h. dass die breit gefächerten Problemlagen des Menschen wahrgenommen werden und dass bei

der Problemlösung unterstützend auf ihn eingewirkt wird. Speziell in der Arbeit mit sexuell traumatisierten Klienten beschreibt dieses Kapitel exemplarisch die Möglichkeit einer Krisenintervention während einer Wiedererinnerung an den sexuellen Missbrauch zur Stabilisierung des Betroffenen, um anschließend einen Bewältigungsprozess beginnen zu können. Mit Hilfe der Grundeinstellung des Empowerments arbeitet die Soziale Arbeit ressourcenorientiert. Um die Ressourcen eines Klienten zu erkennen und zu aktivieren kann ein Ressourceninterview oder die Biografiearbeit als Ressourcendiagnostik verwendet werden. Zudem befasst sich dieses Kapitel mit den Grenzen der Belastbarkeit eines Helfers und der Entwicklung einer sekundären Traumatisierung.



## 7 Resümee

Eine sexuelle Traumatisierung bedeutet für einen Menschen einen gravierenden Eingriff in seine Entwicklung und durch die daraus resultierenden Reaktionen, Folgen und Copingversuche wird der Betroffene für sein ganzes weiteres Leben geprägt. Den sexuellen Missbrauch würde ich in unserer Gesellschaft als Massenphänomen bezeichnen. Das Thema ist in den Medien und in der Presse fast täglich präsent. Es löst Entsetzen, Erschrecken oder Wut auf die Täter aus. Die „armen Opfer“ werden im besten Fall noch bedauert. Viel zu oft wird den Missbrauchsoptionen die Schuld zugeschoben. Die Täter sind durch verschiedenste Mythen, die über den Missbrauch vorherrschen, noch immer viel zu sehr geschützt und die sexuelle Gewalt wird „entschuldigt“. Zum Beispiel wurde aus meinem Bekanntenkreis ein Mädchen mit Hilfe von K.o.-Tropfen vergewaltigt. Der Vater meinte dazu, dass ihn das nicht wundere, wenn seine Tochter doch mit Ausschnitt und kurzem Rock ausgehe. Die Aussage spiegelt den weit verbreiteten traditionellen Erklärungsansatz wider.

Die Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs, der schon eine erhebliche Traumatisierung darstellt, werden durch mangelnde soziale Unterstützung verstärkt. Wie das Beispiel von Franceska zeigt, reagierte diese heftig auf die ausbleibende Hilfestellung der Mutter mit einer Essstörung, starker Dissoziation und Depressionen. Der Aspekt des Verdrängens spielt für die Soziale Arbeit in der Arbeit mit Heranwachsenden und Erwachsenen eine große Rolle. Die missbrauchten Kinder oder Jugendlichen werden irgendwann einmal erwachsen, aber die Auswirkungen der sexuellen Ausbeutung sind noch immer unbewusst vorhanden. Sie leben ihr Leben, haben eine Arbeitsstelle oder Familie usw., doch plötzlich verändert sich die ganze aufgebaute Stabilität und bricht zusammen. Der Betroffene wird wieder in die Rolle des ohnmächtigen und verratenen Menschen degradiert. Er steht vor einer neuen Herausforderung in seinem Leben.

In dieser äußerst schwierigen Lebensphase braucht der Betroffene Hilfestellung und Unterstützung aus dem sozialen Bereich. Die kann von dem nahen sozialen Umfeld wie durch den Partner, Familie, Freunde usw. gewährleistet werden oder aber die Soziale Arbeit kommt zum Einsatz. Der Sozialarbeiter muss nicht unbedingt in einem Rahmen arbeiten, wo mit traumatisierten Menschen zu rechnen ist, sondern in jedem anderen Arbeitsfeld kann er mit solchen Ereignissen konfrontiert werden. Die erwähnte „ehemalige Klientin“ wurde an ihr Kindheitstrauma im Rahmen einer Freizeit für junge Erwachsene erinnert. Deshalb sind meiner Meinung nach Grundkenntnisse über die allgemeine Psychotraumatologie und über die Ursachen, Dynamik und Folgen des sexuellen Missbrauchs, sowie Kenntnisse über die Widerstandsfähigkeit und die Möglichkeiten der Bewältigung eines Menschen für die Soziale Arbeit unerlässlich. Wie durch die Interviews

ersichtlich wurde, bedeutet eine gesicherte, kontinuierliche und zuverlässige soziale Unterstützung eine große Chance, das Trauma zu verarbeiten und in das Leben zu integrieren. „Die Zeit heilt alle Wunden“ lautet ein Sprichwort, allerdings ist das bei einer Traumatisierung nicht der Fall. Die Wunde kann sich zwar schließen, reißt aber irgendwann zu einem unerwartenden Zeitpunkt wieder auf und muss versorgt werden. Bei den Betroffenen, die ihr Trauma erfolgreich bewältigen und integrieren konnten, verheilt die Wunde, aber es bleibt eine Narbe zurück, die das ganze Leben über sichtbar ist.

Durch diese Diplomarbeit konnte ich mir Grundlagen über die Psychotraumatologie, die Dynamik des sexuellen Missbrauchs, die Bewältigungskompetenz, sowie über Möglichkeiten der Intervention durch die Soziale Arbeit aneignen. Die Interviews haben das theoretische Konstrukt hilfreich verbildlicht.

Ich denke, dass von sexuellem Missbrauch Betroffene auch in Zukunft eine Klientel der Sozialen Arbeit sein werden, da die sexuelle Ausbeutung nicht weniger wird. Solange in der Gesellschaft noch diverse Machtverhältnisse und Mythen vorherrschen und somit die Täter geschützt sind, findet wahrscheinlich auch keine Veränderung der Gewaltverhältnisse statt. Damit aber es zu einer Enttabuisierung der Opferhilfe kommt, kann die Soziale Arbeit ihren Beitrag dazu leisten. Durch persönliche Begleitung der Betroffenen werden diese unterstützt, ihr Leben wieder in den „Griff“ zu bekommen, ihr Trauma zu bewältigen, ihr Selbstbild wiederaufzubauen und die Ereignisse als Teil ihrer Biografie zu integrieren. Die Missbrauchsoffer sollen nicht in der Opferrolle verbleiben, sondern die Traumatisierung als Herausforderung und Chance sehen, an diesen Geschehnissen zu reifen und gestärkt ihr weiteres Leben zu bestreiten. Die von sexuellem Missbrauch betroffenen Menschen können stolz darauf sein, wie sie ihr Leben bis hierher gemeistert und welche Stärken sie daraus gewonnen haben. Die sexuelle Gewalt stellt eine Zerstörung der Identität eines Kindes oder Jugendlichen dar. Ihr Leben kann aber auch dadurch bereichert werden, indem sie Fähigkeiten, Fertigkeiten und Widerstandskräfte entwickeln, die ein anderer Mensch ohne ein solches Ereignis wahrscheinlich nie haben wird. Der massive Eingriff in sein Leben soll für den Betroffenen die Herausforderung seines Lebens werden und ihn stärken und bereichern.

## 8 Literaturverzeichnis

- AGUILERA, Donna C.: Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. 1. Auflage. Bern 2000
- ANTONOVSKY, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997
- AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005
- BANGE, Dirk: Das alltägliche Delikt: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen – zum aktuellen Forschungsstand. In: ENDERS, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. 1. Auflage. Köln 2003. S. 21-27
- BASS, Ellen; Davis, Laura: Trotz allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen. 11. Auflage. Berlin 2001
- BENGEL, Jürgen, STRITTMATTER, Regine, WILLMANN, Hildegard im Auftrag der BZgA: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Köln 2001
- BERGER, Pascal; RIECHER-RÖSSLER, Anita: Definition der Krise und Krisenassessment. In: RIECHER-RÖSSLER, Anita; BERGER, Pascal; YILMAZ, Ali Tarik; STIEGLITZ, Rolf-Dieter (Hrsg.): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen 2004. S. 19-30
- BERKING, Matthias, EGENOLF, Yvonne, GRAWE, Klaus: Neurologische Hintergründe und „neuropsychotherapeutische“ Implikationen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen. In: ZOBEL, Martin (Hrsg.): Traumatherapie eine Einführung. Bonn 2006. S. 20-29
- BOSSHARD, Marianne, EBERT, Ursula, LAZARUS, Horst: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn 2001
- BROCKHAUS, Ulrike, KOLSHORN, Maren: Die Ursachen sexueller Gewalt. In: AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005. S. 97-113
- DEEGENER, Günther: Kindesmißbrauch – erkennen, helfen, vorbeugen. Weinheim und Basel 1998

- DILLING, Horst, FREYBERGER, Harald J. (Hrsg.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10. Bern 2006
- DÖRING-MEIJER, Heribert (Hrsg.): Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung. Etwas mehr Spaß und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 1999
- DROSS, Margret: Krisenintervention. Göttingen 2001
- EGLE, Ulrich Tiber; HOFFMANN, Sven Olaf; JORASCHKY, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2005
- EGLE, Ulrich Tiber; HARDT, Jochen: Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren für die spätere Gesundheit: In: EGLE, Ulrich Tiber; HOFFMANN, Sven Olaf; JORASCHKY, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2005. S. 20-43
- ENDERS, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. 1. Auflage. Köln 2003
- ENGFER, Anette: Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern. In: OERTER, Rolf, MONTADA, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim 2002. S. 800-817
- ENGFER, Anette: Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: EGLE, Ulrich Tiber; HOFFMANN, Sven Olaf; JORASCHKY, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2005. S. 3-19
- FELDMAN-SUMMERS, Shirley; POPE, Kenneth S.: Die Erfahrung des "Vergessens" eines Missbrauchs in der Kindheit: Eine nationale Befragung von Psychologen. In: AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005. S. 329-339

- FIGLEY, Charles R.: Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens. In: STAMM, Hudnall B. (Hrsg.): Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn 2002. S. 41-59
- FINKELHOR, David: Sexueller Missbrauch von Kindern. Aufgaben und Probleme für den Jugendschutz und professionelle Helfer. In: HILWEG, Werner; ULLMANN, Elisabeth (Hrsg.): Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg Göttingen 1997. S. 117-134. Zitiert in: ENDERS, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war´s. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. 1. Auflage. Köln 2003. S. 121
- FISCHER, Gottfried, RIEDESSER, Peter: Lehrbuch der Psychotraumatologie. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. München 2003
- FLATTEN, Guido, GAST, Ursula, HOFMANN, Arne, LIEBERMANN, Peter, REDDEMANN, Lusia, SIOL, Torsten, WÖLLER, Wolfgang, PETZOLD, Ernst R.: Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2004
- FLATTEN, Guido: Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD). In: EGLE, Ulrich Tiber; HOFFMANN, Sven Olaf; JORASCHKY, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2005. S. 297-314
- GALUSKE, Michael: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5. Auflage. Weinheim und München 2003
- GEISER, Kaspar: Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. 2. überarbeitete Auflage. Luzern 2004
- GENESIS, 19, 6 – 8; 19, 30 – 38. In: Die Bibel. Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift. Gesamtausgabe. 4. Auflage. Stuttgart 2003
- GIERNALCZYK, Thomas (Hrsg.): Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2003
- GRUNWALD, Klaus; THIERSCH, Hans (Hrsg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim und München 2004
- HAMMER, Matthias: SBT: Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen. Ein Handbuch zur Moderation von Gruppen. 1. Auflage. Bonn 2006

- HAUSMANN, Clemens: Einführung in die Psychotraumatologie. 1. Auflage. Wien 2006
- HELFFERICH, Cornelia: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage. Wiesbaden 2005
- HEPP, Urs: Trauma und Resilienz. Nicht jedes Trauma traumatisiert. In: WELTER-ENDERLIN, Rosmarie, HILDENBRAND, Bruno (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg 2006. S. 139 - 157
- HERMAN, Judith Lewis: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn 2003
- HERRIGER, Norbert: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart 2006
- HESSE, Joachim: Die lösungs- und ressourcenorientierte Kurztherapie in Deutschland und den USA. In: DÖRING-MEIJER, Heribert (Hrsg.): Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung. Etwas mehr Spaß und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 1999. S. 47-69
- HOFMANN, Arne: Mit EMDR aus der Wortlosigkeit. In: SEIDLER, Günter H., LASZIG, Parfen, MICKA, Ralph, NOLTING, Björn V. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Gießen 2003. S. 153-163
- HOLLSTEIN, Walter: Geschlechterdemokratie. Männer und Frauen: Besser miteinander leben. 1. Auflage. Wiesbaden 2004
- HORSBURGH, Martha E.: Salutogenese: Ursprünge der Gesundheit und Kohärenzgefühl. In: RICE, Virginia Hill (Hrsg.): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern 2005. S. 209-230
- HOROWITZ, Mardi J.: Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie. In: MAERCKER, Andreas (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Heidelberg 1997. S. 145-177
- HUBER, Michaela: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 2. Auflage. Paderborn 2005
- JUHNKE, Philipp: Spezialisierte Generalisten? Zur Professionalisierungsdebatte in der psychiatrischen Sozialarbeit. Diplomarbeit im Fachbereich Sozialwesen der Evangelischen Fachhochschule Hannover. Hannover 2005

- KLEIN, Petra; HUNDELSHAUSEN, Klemens: Die Arbeit mit sexuell Missbrauchten in psychiatrischen Einrichtungen. Erschienen in der Reihe: Psychosoziale Arbeitshilfen Nr. 18. Bonn 2002
- KNUF, Andreas: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn 2006
- KOLK, van der; Bessel A., McFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Traumatherapie. Paderborn 2000
- KOLK, van der ; Bessel A., McFARLANE, Alexander C.: Trauma ein schwarzes Loch. In: KOLK, van der; Bessel A., McFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Traumatherapie. Paderborn 2000 S. 27 - 45
- KOLK, van der; Bessel A.: Der Körper vergißt nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: KOLK, van der; Bessel A., McFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Traumatherapie. Paderborn 2000. S. 195-217
- KOLK, van der; Bessel A.: Trauma und Gedächtnis. In: KOLK, van der; Bessel A., McFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Traumatherapie. Paderborn 2000. S. 221-240
- KOLK, van der; Bessel A., WEISAETH, Lars, HART, van der; Onno: Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In: KOLK, van der; Bessel A., McFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Traumatherapie. Paderborn 2000. S. 71-93
- KROHNE, Heinz Walter: Streß und Streßbewältigung. In: SCHWARZER, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen 1997. S. 267-283
- KRUTZENBICHLER, Sebastian: Sexueller Missbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart. In: EGLE, Ulrich Tiber; HOFFMANN, Sven Olaf; JORASCHKY, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der

Folgen früher Stresserfahrungen. 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2005. S. 170-179

- LAMPRECHT, Friedhelm: EMDR. In: EGLE, Ulrich Tiber; HOFFMANN, Sven Olaf; JORASCHKY, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2005. S. 544-555
- LAZARUS, Richard S., LAUNIER, Raymond: Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: NITSCH, Jürgen R. (Hrsg.): Stress. Theorien, Untersuchungen Massnahmen. Bern 1981. S. 213-259
- LAZARUS, Richard S.: Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: RICE, Virginia Hill (Hrsg.): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern 2005. S. 231-263
- LAZARUS, Richard S., FOLKMAN, S.: Stress, appraisal, and coping. New York 1984. Zit. in: LAZARUS, Richard S.: Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: RICE, Virginia Hill (Hrsg.): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern 2005. S. 231-263. S. 239f
- LORENZ, Rüdiger: Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München 2004
- MAERCKER, Andreas (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Heidelberg 1997
- MAERCKER, Andreas: Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In: MAERCKER, Andreas (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Heidelberg 1997. S. 3-49
- MAYRING, Phillip: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage. Weinheim und Basel 2002
- MAYRING, Phillip: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim und Basel 2003
- McFARLANE, Alexander C., KOLK, van der, Bessel A.: Trauma und seine Herausforderung an die Gesellschaft. In: KOLK, van der, Bessel A., McFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Traumatherapie. Paderborn 2000. S. 47-69



- McFARLANE, Alexander C., YEHUDA, Rachel: Widerstandskraft, Vulnerabilität und der Verlauf posttraumatischer Reaktionen. In: KOLK, van der; Bessel A., McFARLANE, Alexander C., WEISAETH, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischen Stress sowie Traumatherapie. Paderborn 2000. S. 141-167
- MIGGE, Björn: Handbuch Coaching und Beratung. Weinheim und Basel 2005
- MOGGI, Franz: Sexuelle Kindesmisshandlung: Typische Folgen und Traumatheorien. In: AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005. S. 213-228
- MOLDERINGS, Babara: Neue Definition von Sozialarbeit. Internet: <http://www.dbsh.de/html/wasistsozialarbeit.html> Letzter Zugriff: 27.2.2007  
Quellennachweis auch auf anliegender CD vorhanden.
- MULLEN, Paul E.: Der Einfluss von sexuellem Kindesmissbrauch auf die soziale, interpersonelle und sexuelle Funktion im Leben des Erwachsenen und seine Bedeutung in der Entstehung psychischer Probleme. In: AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005. S. 301-314
- MÜLLER, Wolf, SCHEUERMANN, Ulrike (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart 2004
- MÜLLER, Wolf: Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In: MÜLLER, Wolf, SCHEUERMANN, Ulrike (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart 2004. S. 47-57
- NESTMANN, Frank: Ressourcenarbeit. In: GRUNWALD, Klaus; THIERSCH, Hans (Hrsg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim und München 2004. S. 69-85
- NITSCH, Jürgen R. (Hrsg.): Stress. Theorien, Untersuchungen Massnahmen. Bern 1981
- OERTER, Rolf, MONTADA, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim 2002

- ONDRACEK, Petr, ROMANENKOVA, Lyudmyla, RÜCKERT, Norbert: Bewältigung von Belastungen. In: RÜCKERT, Norbert; ONDRACEK, Petr; ROMANENKOVA, Lyudmyla: Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese. Berlin 2006. S. 53-65
- RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Mit einem Beitrag von Jürgen Junglas zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. neu bearbeitete Auflage. Bonn 2005
- RESICK, Patricia A.: Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie. In deutscher Sprache herausgegeben und ergänzt von Andreas Maercker. Bern 2003
- RICE, Virginia Hill (Hrsg.): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern 2005
- RICE, Virginia Hill: Theorien über Stress und seine Beziehung zur Gesundheit. In: RICE, Virginia Hill (Hrsg.): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern 2005. S. 51-72
- RIECHER-RÖSSLER, Anita; BERGER, Pascal; YILMAZ, Ali Tarik; STEIGLITZ, Rolf-Dieter (Hrsg.): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen 2004
- ROLLETT, Brigitte: Frühe Kindheit, Störungen, Entwicklungsrisiken, Förderungsmöglichkeiten. In: OERTER, Rolf, MONTADA, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim 2002. S. 713-739
- ROTH, Gerhard, MÜNTE, Thomas F.: Neurobiologische Grundlagen psychischer Traumatisierung. In: SEIDLER, Günter H., LASZIG, Parfen, MIČKA, Ralph, NOLTING, Björn V. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Gießen 2003. S. 9-34
- ROTHEN, Judith; ENDERS, Ursula: Erst wenn die Vergangenheit gestern war und die Gegenwart heute ist, kann Zukunft entstehen. Beratung, Therapie und Selbsthilfe betroffener Frauen und Männer. In: ENDERS, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. 1. Auflage. Köln 2003. S. 374-383
- RÜCKERT, Norbert; ONDRACEK, Petr; ROMANENKOVA, Lyudmyla: Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese. Berlin 2006

- RUHE, Hans Georg: Methoden der Biografiearbeit. Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung. Weinheim und Basel 1998
- SCHEMMEL, Heike; SCHALLER, Johannes (Hrsg.): Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen 2003
- SCHAPS, Regina: Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau. Frankfurt am Main 1992
- SCHIEPEK, Günter; CREMERS, Sandra: Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: SCHEMMEL, Heike; SCHALLER, Johannes (Hrsg.): Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen 2003. S. 147-192
- SCHMIDT, Gabriele: „Den Albtraum beenden...“ – Krisenintervention nach Traumatisierungen – ein Überblick. In: MÜLLER, Wolf, SCHEUERMANN, Ulrike (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart 2004. S. 229-249
- SCHUBBE, Oliver: EMDR. In: ZOBEL, Martin (Hrsg.): Traumatherapie eine Einführung. Bonn 2006. S. 86-111
- SCHULZ, Peter: Stress- und Copingtheorien. In: SCHWARZER, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie in der Reihe „Enzyklopädie der Psychologie“, Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie X: Gesundheitspsychologie, Band 1: Gesundheitspsychologie. Göttingen 2005. S. 219-235
- SCHWARZER, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen 1997
- SCHWARZER, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie erschienen in der Reihe „Enzyklopädie der Psychologie“, Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie X: Gesundheitspsychologie, Band 1: Gesundheitspsychologie. Göttingen 2005
- SEIDLER, Günter H., LASZIG, Parfen, MICKA, Ralph, NOLTING, Björn V. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Gießen 2003
- SELYE, Hans: Geschichte und Grundzüge des Streßkonzeptes. In: NITSCH, Jürgen R. (Hrsg.): Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen. Bern 1981. S. 163-187

- SMOLENSKI, Christoph: Historische Entwicklung der Traumatherapie. In: ZOBEL, Martin (Hrsg.): Traumatherapie. Eine Einführung. Bonn 2006. S. 7-19
- SONNECK, Gernot: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 2000
- SPACCARELLI, Steve; FUCHS, Carola: Kognitive Bewertung und Coping von sexuellem Missbrauch an Kindern. In: AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005. S. 343-365
- STAMM, Hudnall B. (Hrsg.): Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn 2002
- TRUBE-BECKER, Elisabeth: Historische Perspektive sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen und die soziale Akzeptanz dieses Phänomens von der Zeit der Römer und Griechen bis heute. In: AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005. S. 45-57
- WEIß, Wilma: Zwischen Unwissenheit und Überforderung. Über die Belastungsfaktoren von Pädagoginnen im Umgang mit traumatisierten Mädchen und Jungen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Diplomarbeit im Fachbereich Erziehungswissenschaften der Johann Goethe-Universität. Frankfurt 1999. Zitiert in: ENDERS, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war´s. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. 1. Auflage. Köln 2003. S. 115
- WELTER-ENDERLIN, Rosmarie, HILDENBRAND, Bruno (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg 2006
- WENDLER, Hans: Grundprinzipien der Krisenintervention. In: GIERNALCZYK, Thomas (Hrsg.): Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2003. S. 67-73
- WERNER, Emmy E.: Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen – und was man daraus lernen kann. In: WELTER-ENDERLIN, Rosmarie, HILDENBRAND, Bruno (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg 2006. S. 28-42
- WIPPLINGER, Rudolf, AMANN, Gabriele: Sexueller Missbrauch: Begriffe und Definitionen. In: AMANN, Gabriele, WIPPLINGER, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen 2005. S. 17-43

- WÖLLER, Wolfgang, GAST, Ursula, REDDEMANN, Luise, SIOL, Torsten, LIEBERMANN, Peter: Akute und komplexe Traumafolgestörungen. In: FLATTEN, Guido, GAST, Ursula, HOFMANN, Arne, LIEBERMANN, Peter, REDDEMANN, Luise, SIOL, Torsten, WÖLLER, Wolfgang, PETZOLD, Ernst R.: Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2004 S. 29-50
- ZOBEL, Martin (Hrsg.): Traumatherapie eine Einführung. Bonn 2006

### ➤ Internetrecherche

- <http://www.empowerment.de/>
- <http://www.dunkelziffer.de/>
- <http://www.aktiv-gegen-sexuelle-gewalt.de/>
- <http://www.zartbitter.de/>
- <http://www.praevention.org/>
- <http://www.kinderschreie.de/>
- <http://www.psychotraumatologie.de/>
- <http://www.wikipedia.de/>
- <http://www.dbsh.de/>

## 9 Anhang

### 9.1 Polizeiliche Kriminalstatistik

Quelle: <http://www.bka.de/pks/pks2005/index2.html> Letzter Zugriff: 27.2.07

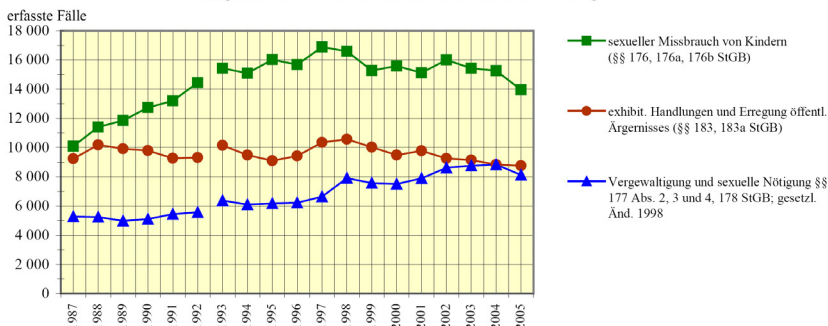
(Siehe Folgeseiten)

Tabelle 1

### 3.2 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung

G31

#### ausgewählte Delikte zur sexuellen Selbstbestimmung



Hinweis: 1987 – 1990: alte Länder  
1991 – 1992: alte Länder mit Berlin  
ab 1993: Bundesgebiet insgesamt

Tabelle 2

#### Fallentwicklung und Aufklärung (Tabelle 01)

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

799

Schlüssel	Straftaten(gruppen)	erfasste Fälle		Veränderung		Aufklärungsquote	
		2005	2004	absolut	in %	2005	2004
1000	Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	55 203	57 306	-2 103	-3,7	78,7	79,1
	darunter:						
1110	Vergewaltigung und sexuelle Nötigung (§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB)	8 133	8 831	-698	-7,9	83,7	83,0
1120	sonstige sexuelle Nötigung (§ 177 Abs. 1 und 5 StGB)	6 519	6 792	-273	-4,0	79,8	80,0
1130	sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen pp. unter Ausnutzung einer Amtsstellung oder eines Vertrauensverhältnisses	1 605	1 807	-202	-11,2	97,6	97,3
1310	sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176, 176a, 176b StGB)	13 962	15 255	-1 293	-8,5	81,7	81,3
1320	exhibitionistische Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses	8 764	8 834	-70	-0,8	52,0	50,3
1433	Besitz/Verschaffung von Kinderpornographie (§ 184b Abs. 2 und 4 StGB)	4 403	4 819	-416	-8,6	90,5	92,4
1440 *)	Menschenhandel (§§ 180b, 181 Abs. 1 Nr. 2, 3 StGB)	621	820	-199	-24,3	91,0	89,4

\*) Die durch das 37. StrAndG vom 11.02.2005 neu eingeführten (Menschenhandels) Schlüssel (2360, 2370 und 2380, jeweils mit Unterschlüsseln) wurden in den Bundesländern erst in der zweiten Jahreshälfte umgesetzt. Die Fallzahlen können Kapitel 2.1.2 "Fallentwicklung und Aufklärung der Straftatengruppen" entnommen werden (siehe Seite 35 f.).

Die bei der Polizei angezeigten Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sind 2005 aufgrund gezielter Präventionsmaßnahmen insgesamt zurückgegangen. Die relativ niedrige Aufklärungsquote bei exhibitionistischen Handlungen hängt damit zusammen, dass hier in der Regel keine Beziehungstaten vorliegen. Bei Vergewaltigung und sexueller Nötigung mit Todesfolge (§ 178 StGB) wurden -wie im Vorjahr- 10 Fälle registriert (2003: 18 Fälle). Bei Mord i.Z.m. Sexualdelikten (einschl. der Verdeckungsmorde) waren es einschließlich Versuchen 22 Fälle (2004: 26 Fälle) -siehe auch Seite 133-.

## Tabelle 3

### Geschlechts- und Altersstruktur (Tabelle 20)

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

T101

Schlüssel	Straftaten(gruppen)	Tatverdächtige						
		insgesamt	männl.	weibl.	Kinder < 14	Jugendl. 14 < 18	Heranw. 18 < 21	Erwachsene 21 u. älter
		(100 %)	in %					
1000	Straftaten gg. die sex. Selbstbestimmung	38 340	94,7	5,3	2,4	10,0	6,9	80,8
	darunter:							
1110	Vergewaltigung und sexuelle Nötigung (§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB)	6 980	99,0	1,0	1,0	10,3	9,9	78,8
1120	sonstige sexuelle Nötigung (§ 177 Abs. 1 und 5 StGB)	5 300	98,1	1,9	2,4	14,4	8,4	74,8
1130	sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen pp. unter Ausnutzung einer Amtsstellung oder eines Vertrauensverhältnisses	1 401	93,9	6,1	0,1	1,1	1,3	97,5
1310	sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176, 176a, 176b StGB)	9 805	96,4	3,6	6,3	15,3	6,3	72,1
1320	exhibitionistische Handlungen und Erregung öffentlicher Ärgernisses	3 675	98,4	1,6	0,8	6,0	4,9	88,3
1433	Besitz/Verschaffung von Kinder- pornographie (§ 184b Abs. 2 und 4 StGB)	3 972	94,8	5,2	0,4	5,9	5,3	88,4
1440 *)	Menschenhandel (§§ 180b, 181 Abs. 1 Nr. 2, 3 StGB)	633	75,7	24,3	0,0	1,7	3,6	94,6

\*) Siehe Fußnote zu Schlüssel 1440 in T99, Seite 137.

Bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung wurden weit überwiegend männliche Erwachsene ab 21 Jahren ermittelt. Am häufigsten waren Jugendliche bei sexuellem Missbrauch von Kindern und bei sexueller Nötigung nach § 177 Abs. 1 und 5 vertreten.

## Tabelle 4

### Opfer nach Alter und Geschlecht (Tabelle 91)

Bereich: Bundesgebiet insgesamt

T104

Schlüssel	Straftaten(gruppen)	Opfer insgesamt  (100 %)	Geschlecht		Alter					
			männl.	weibl.	Kin- der	Ju- gend- liche	Heran- wach- sende	Erwachsene 21 < 60 60 älter		
			in %							
1110	Vergewaltigung und sexuelle Nötigung (§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB)	vollendet	6 934	4,6	95,4	3,5	25,5	15,0	54,7	1,3
		versucht	1 295	2,9	97,1	1,9	18,5	13,7	63,6	2,2
		insges.	8 229	4,3	95,7	3,3	24,4	14,8	56,1	1,4
1120	sonstige sexuelle Nötigung (§ 177 Abs. 1 und 5 StGB)	vollendet	5 704	7,9	92,1	4,9	35,7	15,1	42,5	1,8
		versucht	1 045	6,3	93,7	4,0	26,1	15,6	52,0	2,3
		insges.	6 749	7,6	92,4	4,7	34,2	15,2	44,0	1,9
1130	sexueller Missbrauch von Schutzbe- fohlenen pp. unter Ausnutzung einer Amtsstellung oder eines Vertrauens- verhältnisses	vollendet	1 665	19,0	81,0	50,6	38,6	3,1	7,2	0,4
		versucht	50	24,0	76,0	50,0	40,0	4,0	6,0	0,0
		insges.	1 715	19,2	80,8	50,6	38,7	3,1	7,2	0,4
1310	sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176, 176a, 176b StGB)	vollendet	16 644	23,1	76,9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		versucht	914	24,8	75,2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		insges.	17 558	23,2	76,8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Bei Vergewaltigung und sexueller Nötigung nach § 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB waren weibliche Jugendliche und Heranwachsende bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil am häufigsten Opfer (siehe Grafik unten). Bei sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen handelte es sich überwiegend um Kinder.



## 9.2 Interviewunterlagen

### 9.2.1 Einwilligungserklärung

#### Einwilligungserklärung

Ich stelle mich für ein freiwilliges Interview, in Rahmen der Diplomarbeit „Das Unfassbare überwinden. Copingstrategien von traumatisierten Menschen am Beispiel des sexuellen Missbrauchs – Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit während der Bewältigung von Traumata“, zur Verfügung.

Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet, anschließend verschriftlicht und ausgewertet. Die Aussagen des Interviews werden anonymisiert, so dass kein Bezug mehr auf die interviewte Person genommen werden kann. Das Tonband, sowie alle persönlichen Daten werden nach Beendigung dieser wissenschaftlichen Arbeit vernichtet. Die Abschrift des Tonbandes bzw. einzelne Auszüge davon, werden nur im Rahmen der Diplomarbeit verwendet und nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für die Diplomarbeit genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

### 9.2.2 Interviewleitfaden

- Kurze Einleitung
- Einstiegsfrage: Was ist für Dich Traumatisierung / Coping?
- Du bist sexuell missbraucht worden. Was geschah damals? Was geschah mit Dir (Entwicklung usw.)?
- Wie würdest Du Dich als Kind / Jgdl. vor und nach dem Missbrauch beschreiben?
- Wie bist Du mit dieser Situation umgegangen?
- Wie wurde Deine Persönlichkeit aufgrund dieses Ereignisses geprägt? Würdest Du sagen, dass Du traumatisiert bist?
- Wie hat der Missbrauch Dein Leben geprägt? Was hat sich verändert?
- Was hat Dir geholfen den Missbrauch zu bewältigen? Wie sah Dein Bewältigungsprozess aus? Was bzw. wer hat Dir geholfen?
- Was brauchst Du, um Dich jemanden anvertrauen zu können? Welche Gefühle hast Du dabei?
- Was würdest Du Dir von einem professionellen Helfer wünschen, bei der Bearbeitung des Traumas? Was wünschst Du Dir von der Sozialen Arbeit?
- Abschlussfrage: Ergänzungen? Wichtige Hinweise?

### 9.2.3 Datenherhebungsbogen

Name:

Alter:

Beruf:

Alter bei Beginn des Missbrauchs:

Alter bei Beendigung des Missbrauchs:

Lebenslinie:

+

0

-

+

0

-

Schwarz: Missbrauch, Rot: Coping, Blau: Lebensqualität